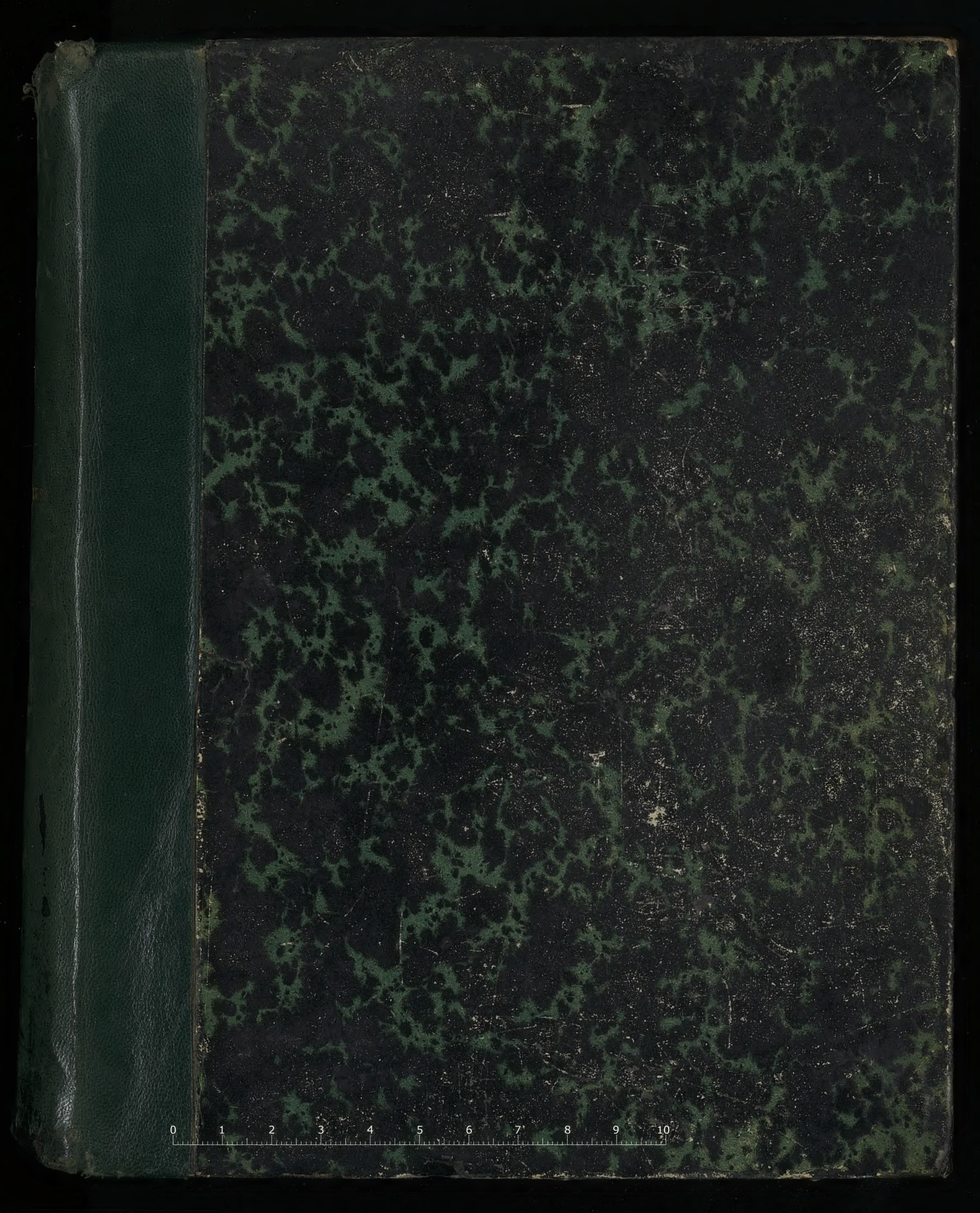
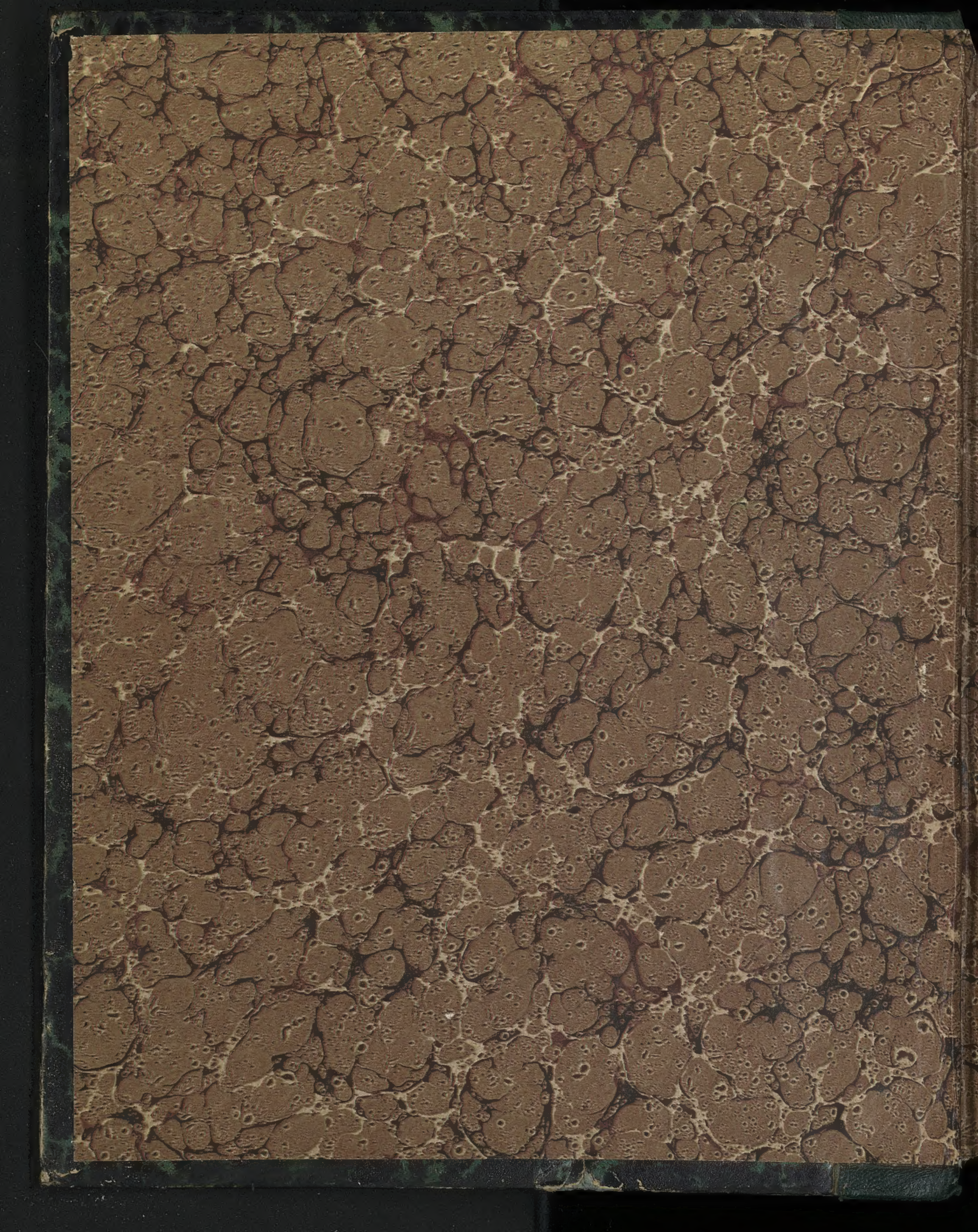
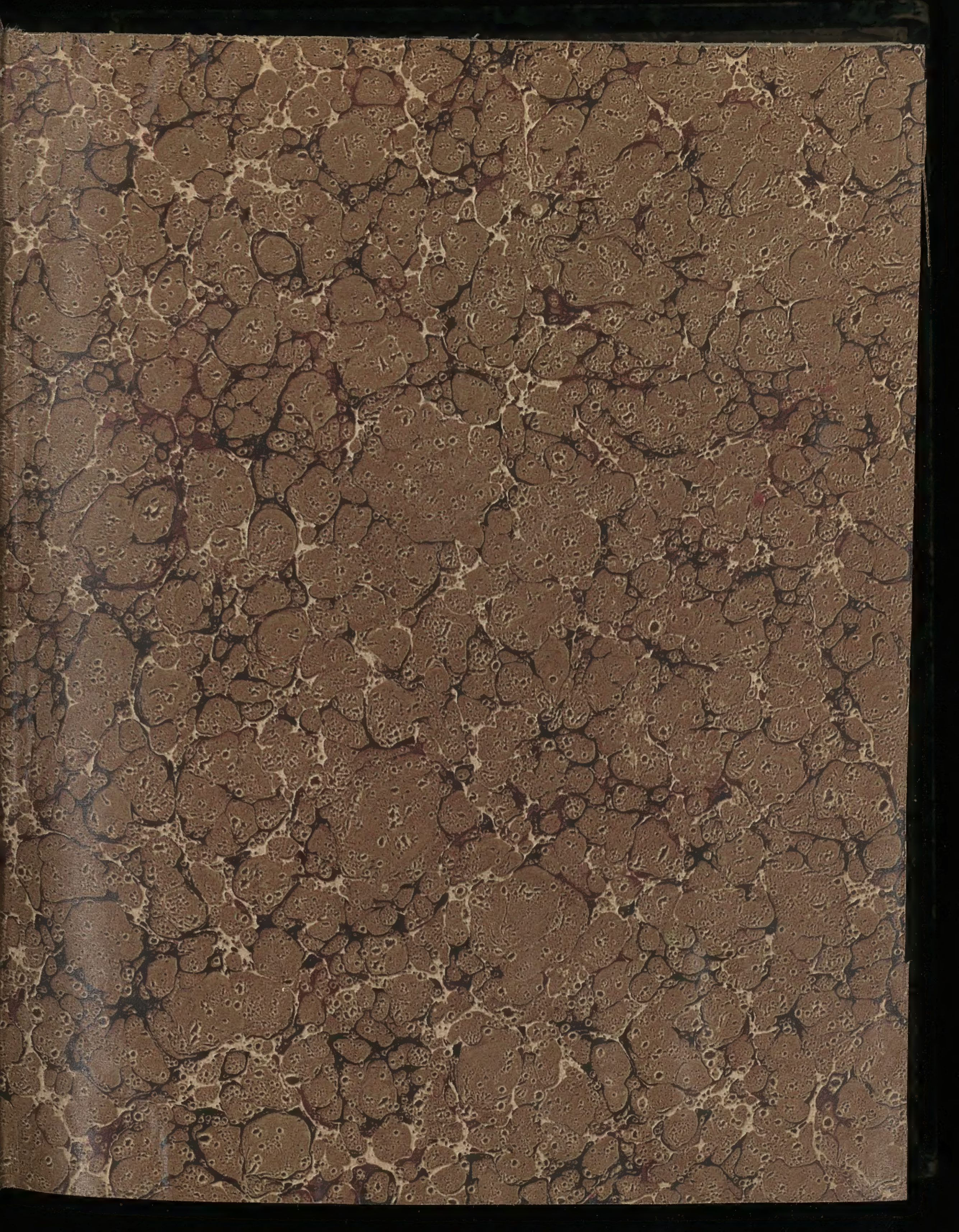
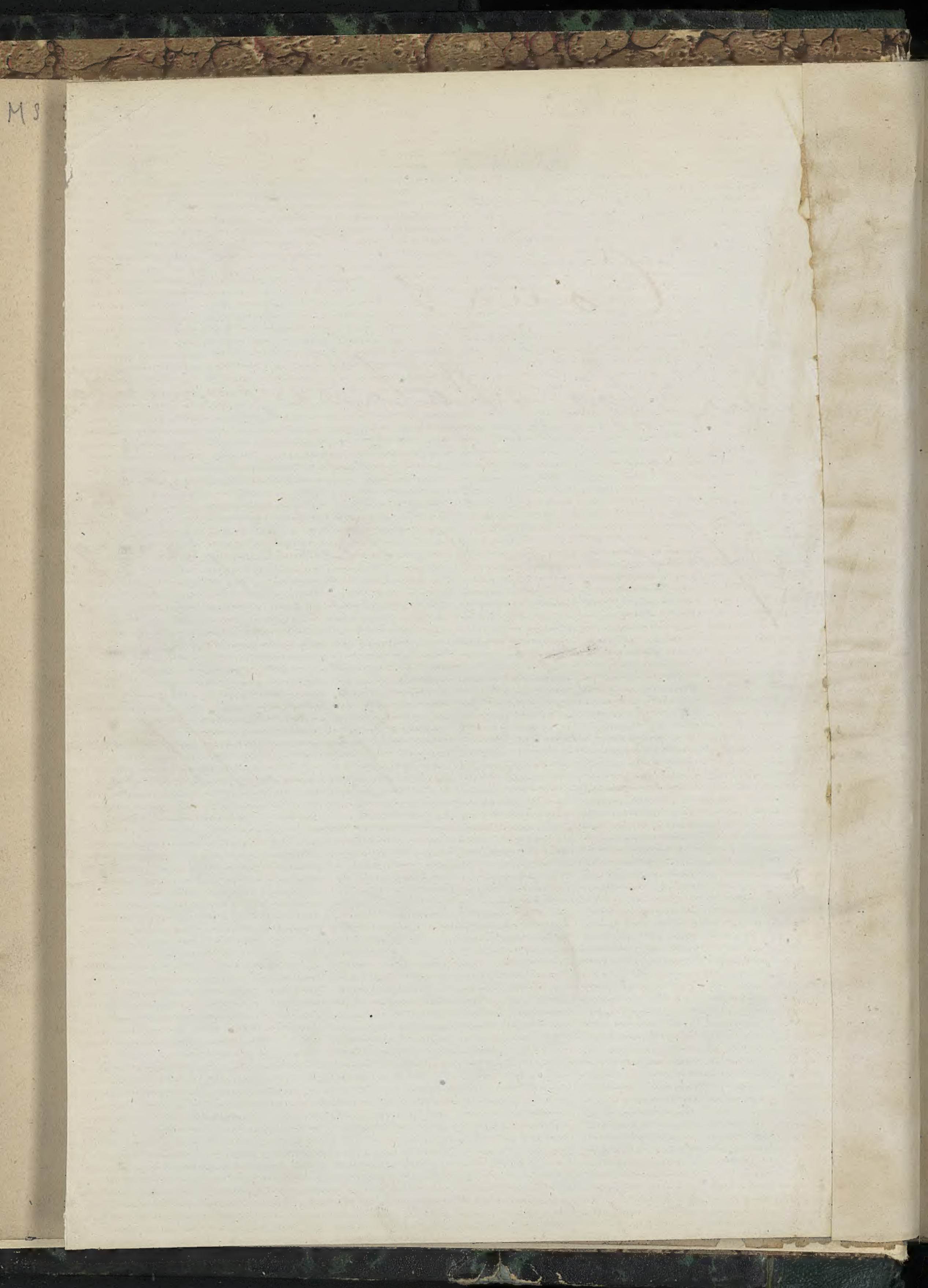

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10





Cours
sur les Maladies menta-
fait à l'École pratiq
Année 1876-77.



1ère Leçon

14 Novembre 1876.

Messieurs,

Je vais aujourd'hui commencer un cours sur les maladies mentales. Je regrette vivement que les règlements administratifs, au moins jusqu'à présent, ne permettent pas de faire ce cours dans un hôpital où l'on pourrait vous montrer des malades qui donneraient un intérêt particulier à l'enseignement et qui vous permettraient de saisir plus facilement tous les détails que j'aurai à vous donner sur les différentes formes des maladies mentales

La spécialité que nous avons à étudier est tellement en dehors des études habituelles des médecins, qu'il serait nécessaire, même pour en comprendre le langage, de voir d'abord des malades se manifester devant vous. Jusqu'à présent, cette lacune existe dans l'enseignement, mais j'espère que bientôt elle pourra être comblée.

Pour le moment, je tâcherai de vous faire un cours élémentaire et pratique. Je n'insisterai pas sur les côtés philosophiques, sur les côtés presque métaphysiques qui ont attiré souvent l'attention des spécialistes de notre époque et des époques précédentes. Je tâcherai de faire un cours spécial, médical; quand j'aborderai les questions philosophiques, ce sera accessoirement et nullement comme fait principal.

La première question à poser quand on commence un cours sur les maladies mentales, c'est de chercher à montrer que ce cours rentre dans le cercle ordinaire des études médicales. Jusqu'à présent, la spécialité des maladies mentales a été cultivée par certains médecins isolés, qui se sont isolés eux-mêmes volontairement de leurs confrères, les autres médecins.

C'est-là un très grand tort. Il y a eu tort de part et d'autre, de la part des aliénistes et de la part des médecins ordinaires. Les aliénistes ont eu le tort d'attacher plus d'importance aux études philosophiques qu'aux études médicales proprement dites. Ils ont en quelque sorte creusé un abîme entre la pathologie générale ordinaire et la pathologie mentale. C'est-là un écueil où sont tombés les hommes les plus distingués et qu'il faut éviter à tout prix. D'autre part, les médecins qui cultivent la pathologie ordinaire ont complètement négligé l'étude des maladies mentales. Ils ont considéré cette spécialité comme tellement en dehors de leurs études ordinaires, qu'ils n'ont même pas cherché à se familiariser avec les choses les plus élémentaires qui concernent la pathologie mentale. Il existe donc aujourd'hui une scission profonde entre les médecins qui s'occupent de la pathologie cérébrale ordinaire et les médecins qui s'occupent de la pathologie mentale. Cependant, il est bien évident que ces deux pathologies ne sont que des branches distinctes mais nullement séparées de la pathologie générale : la pathologie cérébrale et la pathologie mentale. Pour

s'en convaincre, il suffit de jeter les yeux sur des malades d'hôpitaux. Vous voyez des malades atteints d'affection cérébrale organique, atteints d'apoplexie, de méningite aiguë ou chronique qui se rapprochent par beaucoup de côtés des affections que vous observez dans les asiles d'aliénés. Vous voyez des malades qui donnent des troubles de la sensibilité et de la motilité, mais qui présentent aussi des troubles de l'intelligence à divers degrés. Il vous est donc impossible de séparer l'étude des phénomènes physiques de celle des phénomènes de l'ordre mental.

Cette impossibilité se rencontre aussi bien dans la plupart des maladies nerveuses qui se rattachent par un lien très étroit aux maladies mentales; vous avez l'épilepsie, l'hystérie, la catalepsie, le somnambulisme, l'extase, d'autres affections nerveuses, la chorée elle-même qui, dans beaucoup de circonstances s'accompagnent de délire ou de phénomènes de l'ordre mental; or, dans toutes ces affections, il vous est impossible de séparer l'étude des symptômes physiques de celle des symptômes intellectuelles et moraux.

Dans les leçons suivantes nous vous parlerons des rapports de l'épilepsie, de la chorée avec la folie, et vous verrez que ce sont des rapports intimes ; que ces maladies se substituent les unes aux autres, qu'elles se remplacent, qu'elles alternent. Par conséquent, il est impossible dans une étude réelle de pathologie nerveuse de faire abstraction complète du trouble de l'esprit. Il en est de même du délire aigu qu'on observe dans la fièvre typhoïde, les maladies miasmatiques, les fièvres intermittentes, une foule de maladies qui s'accompagnent du délire, et, si vous n'avez pas étudié le délire dans sa forme intermédiaire, entre l'état aigu et l'état chronique, vous ne pouvez pas observer le délire dans ses formes les plus aiguës que vous avez à observer quelquefois dans la pratique civile.

D'un autre côté, il y a la médecine légale qui donne un intérêt puissant à l'étude des affections mentales et qui la rend indispensable. Vous pouvez être appelés à donner un certificat pour séquestrer un aliéné ; il faut distinguer les délires temporels de la folie proprement dite. Si vous ne savez pas, vous pourrez confondre un état passager avec un état

chronique et maniaque qui nécessite la séquestration du malade dans un séjour d'aliénés. Or, votre erreur de diagnostic vous conduit à un résultat très-grave, à faire enfermer dans un asile d'aliénés un homme qui, au bout de quelques jours, rentrerait dans la plénitude de ses fonctions intellectuelles.

D'autre part, le médecin ne peut pas se récuser absolument dans les questions de médecine légale. Je sais bien que, pour les questions délicates, beaucoup de médecins se tiennent à l'écart et qu'on en réfère aux aliénistes. Mais dans beaucoup de circonstances le médecin peut être appelé à se prononcer sur des cas de médecine légale relatifs à l'aliénation. Or, on sait, quand on a suivi les causes des tribunaux, que dans le tiers des cas, la médecine mentale s'applique à la médecine légale. La médecine légale ne peut donc pas être isolée de la médecine spéciale, de la médecine mentale. Je n'ai pas à insister longuement sur ce point et je passe immédiatement à l'objet principal de cette leçon.

J'ai l'intention aujourd'hui de vous indiquer, sous une forme très générale, deux faits principaux

dans l'histoire de la médecine mentale à notre époque : d'une part, les doctrines de Pinel et d'Esquirol qui sont les doctrines régnantes, les principes qui servent de guide à la plupart des médecins dans l'étude des maladies mentales ; et, d'autre part, les progrès qu'il serait possible d'apporter aujourd'hui à cet état de la science actuelle.

Je n'ai pas l'intention de remonter bien haut dans l'indication que je vous donnerai et de faire l'historique de l'étude de l'aliénation mentale chez les anciens : cela m'entraînerait beaucoup trop loin. Je vous indiquerai seulement ce fait général que beaucoup de médecins anciens : Hypocrate, Gallien, Arétée, Celse, Coelius-Aurélianus ont décrit la folie avec une précision de détails, avec une netteté, une précision symptomatique telle que leurs descriptions sont encore aujourd'hui exactes et conformes à celles de nos auteurs modernes. C'est donc dans les anciens, dans Gallien, Arétée, Celse, Aurélianus que les auteurs contemporains ont puisé l'origine de leur classification et de la description des maladies mentales.

Cette étude que les anciens avaient faite d'une manière assez remarquable a été très négligée par les médecins du moyen-age. Au moyen-age, à l'époque où

la médecine avait suivi d'autres voies, d'autres directions, les aliénés ne sont pas devenus l'attention des médecins, les aliénés étaient relégués dans les couvents, dans les prisons, dans les coins les plus isolés et les plus obscurs des hospices ou des hôpitaux, souvent dans des prisons, mêlés avec des criminels. Les aliénés étaient souvent considérés comme des sorciers, comme des possédés; ils étaient brûlés, ou devenaient l'objet du mépris ou de la terreur publics; ils n'étaient pas l'objet de l'attention des médecins, de sorte qu'il serait difficile de trouver dans les auteurs médicaux * du moyen-age des documents précis sur l'étude de l'aliénation mentale. Cependant, parmi les ouvrages de théologie où on traite de la possession à différentes époques, il serait possible de découvrir des documents très exacts sur la folie des démoniaques et sur les formes qui étaient prédominantes au moyen-age. Mais les aliénés sont devenus l'objet de la réprobation publique et du mépris des médecins au moyen-age * Ils ont été souvent soumis à des tortures épouvantables dont je n'ai pas à vous retracer ici l'histoire. Ce n'est guère que vers le 17.e et le 18.e siècles que certains médecins ont fixé leur attention sur les aliénés: Stahl, Boerhaave, Hoffmann et plusieurs

médecins de cette époque ont parlé des aliénés incidemment et ont donné quelques traits assez remarquables. Je ne dois pas omettre de vous citer Paul Zachias, médecin du pape Innocent XIII, qui a fait un traité de médecine légale intéressant, dans lequel on retrouve encore aujourd'hui des documents très précieux au point de vue de l'appli=cation de l'étude de la folie à la médecine légale. Paul Zachias est certainement un des auteurs du moyen-age qui ont le mieux étudié la folie dans ses différentes formes et dans ses applications à la médecine légale. Quoi qu'il en soit, il faut arriver jusqu'au 18e siècle, pour trouver des documents vraiment sérieux, vraiment scientifiques sur l'étude des maladies mentales et ce n'est guère que vers la fin du 18e siècle qu'on a commencé à s'occuper des aliénés d'une façon sérieuse et philosophique. C'est la philosophie du 18e siècle qui a commencé à diriger l'attention vers ce point, à diriger l'attention des philantropes, des administrateurs du côté des aliénés : c'est sous l'influence de ce mouvement philosophique que Pinel est arrivé vers la fin du 18e siècle et qu'il a fait briser les chaînes des aliénés et ouvrir les cachots de Bicêtre et de la Salpêtrière ; il les a fait sortir de l'état où ils

ils étaient placés; il les a fait considérer comme des malades qui avaient besoin de soins et qui devaient être soignés par les médecins au lieu d'être maltraités par les gardiens comme les prisonniers. C'est de Pinel que date l'ère de l'émancipation des aliénés et la rénovation scientifique et philanthropique qui s'est opérée sous ce rapport. Il faudrait donc étudier, si on voulait faire une étude complète sur Pinel, un double mouvement: le mouvement philanthropique et le mouvement scientifique. Le mouvement philanthropique très essentiel a été l'objet de beaucoup d'études. Je n'y insiste pas aujourd'hui. Je ne veux vous parler que du mouvement scientifique. Le mouvement scientifique a été très considérable, tellement considérable qu'aujourd'hui même, après 70 ans et plus, nous sommes encore sous le coup de cette direction scientifique, qui a été imprimée par Pinel et par Esquirol qui sont encore restés les maîtres incontestés de la génération actuelle. Il importe donc beaucoup, pour fixer les points de départ de nos études, de bien établir en quoi la doctrine de Pinel et d'Esquirol diffère de toutes les autres, qu'elle est la nature du mouvement scientifique

que ces hommes illustres ont imprimé à la science et quels sont les modifications et les progrès que nous pourrons avoir à y apporter aujourd'hui.

Lorsqu'on lit les ouvrages de Pinel, on y rencontre des documents assez contradictoires, et il est impossible d'arriver à un résumé très exact des principes qui lui ont servi de guides. Cependant, à force d'étudier ses ouvrages, on peut arriver à résumer ces principes au nombre de Cinq..

Le premier de ces principes consiste à envisager l'aliéné d'une manière générale, à faire l'étude de la folie en général au lieu de faire l'étude de certaines formes en particulier. Pinel et ses élèves ont fait surtout la pathologie générale de la folie. Ils ont étudié l'aliéné comme un être unique, comme un être ayant des caractères communs, des caractères susceptibles de description, et les formes qu'ils ont admises dans les maladies mentales n'étaient en quelque sorte que des variétés, des variétés flottantes, incertaines, mais pouvant se transformer, se succéder, ne constituant pas de véritables variétés naturelles et distinctes. Pour Pinel, Esquirol et leurs successeurs, la pathologie mentale est donc la pathologie générale,

la pathologie générale de la folie. Ils étudient la cause de la folie, l'anatomie pathologique de la folie, le pronostic et le traitement de la folie; ils étudient l'aliéné comme un être distinct des autres hommes et distinct de tous les autres malades; ils séparent absolument la pathologie mentale de la pathologie nerveuse et de la pathologie cérébrale. Pour Pinel et Esquirol et pour les élèves de ces grands maîtres, la pathologie mentale constitue une spécialité absolument distincte. Les maladies nerveuses, les maladies cérébrales peuvent devenir la cause de la folie, mais aussitôt que la folie existe, aussitôt que la folie s'est déterminée comme espèce spéciale, c'est une maladie distincte, c'est une névrose plutôt qu'une maladie cérébrale organique; c'est une maladie distincte qui a ses causes communes, qui doit être étudiée comme un fait distinct, comme une maladie unique.

Voilà le premier point qui existe dans la doctrine de Pinel. Je chercherai à vous en faire voir combien cette doctrine a eu d'inconvénients à ce point de vue.

Un autre point est celui-ci: Pinel a subi l'influence de la philosophie du 18e siècle. Arrivé avant la Révolution, à la fin du XVIIIe siècle, complètement

influencé par le milieu dans lequel il avait vécu, Pinel au point de vue philosophique, comme au point de vue scientifique, a été l'enfant de son siècle. Or, Pinel s'était inspiré des idées de Locke et de Condillac, et il a transporté dans la médecine mentale les idées de ces deux philosophes : c'est la philosophie des sensations qui se résumait dans ce fait que l'intelligence humaine paraissait divisée en trois grandes parties : la volonté, l'intelli=gence et la sensibilité : ce sont là les trois grandes divisions que Pinel emprunte aux philosophes de son époque, et, profitant de ces divisions de l'école, il a cherché à les transporter purement et simplement dans la médecine mentale. Il a fait là un travail assez singulier qui s'est produit fréquemment dans d'autres directions de la science : il a profité des classifications anciennes de la manie, de la mélancolie, de la démence, et il a cherché à adapter artificiellement les doctrines de ces philosophes à la pathologie mentale. Il a fait ainsi un mélange artificiel entre les doctrines philoso=phiques et les doctrines pathologiques. Il en est résulté ceci que Pinel a cherché à trouver dans la manie ou délire général des anciens une lésion de l'intelligence

parceque les idées étaient troublées, très incohérentes dans la plupart des états maniaques; il a cherché dans la mélancolie une lésion principale de la sensibilité, parceque les mélancoliques souffrent physiquement et moralement; ils ont la sensibilité physique et morale atteinte. Pour Pinel, les mélancoliques étaient donc atteints d'une lésion primordiale de la sensibilité. Comme il restait une troisième catégorie, il a cherché cette application dans les folies raisonnantes et les folies instinctives; il a déclaré que les malades atteints d'une folie instinctive étaient atteints d'une lésion de la volonté. Par ce procédé artificiel, il est arrivé à trouver chez les aliénés, les lésions de l'intelligence chez les maniaques, les lésions de la sensibilité chez les mélancoliques et les lésions de la volonté chez les fous instinctifs ou chez les malades sans délire.

Vous voyez comment la doctrine psycholo=gique s'est introduite furtivement dans la médecine mentale. Pinel, qui était clinicien et pathologiste, qui avait fait une classification générale de toutes les maladies, arrivait comme pathologiste et comme médecin dans la médecine mentale et il ne pouvait

donc pas être absolument psychologue; mais comme cette médecine spéciale était considérée comme du domaine spécial des psychologues, il y a introduit artificiellement un élément philosophique*, et c'est ainsi qu'en acceptant la classification des anciens, il a surajouté un élément psychologique à l'élément médical.

Cette première impulsion donnée par Pinel dans le sens psychologique a été très exagérée par ses successeurs, et nous allons voir comment les disciples de Pinel et d'Esquirol ont exagéré cette première tendance de sa doctrine.

Le troisième principe qu'on trouve dans les ouvrages de Pinel est un principe négatif. Pinel nie la valeur des lésions anatomiques dans l'aliénation mentale; il déclare dans la plupart des pages de ses ouvrages qu'il n'y a pas lieu d'étudier l'anatomie pathologique chez les aliénés, qu'elle ne donne que des résultats très incertains, que les lésions observées chez les aliénés après leur mort ne sont que secondaires, qu'elles peuvent ne pas exister ou qu'elles peuvent exister dans des maladies autres que la folie, qu'elles n'ont donc aucune valeur réelle et étiologique. Pinel nie le rapport entre les lésions constatées à l'autopsie et les symptômes constatés pendant la vie;

il nie, par conséquent, l'importance de l'étude de l'anatomie pathologique dans la folie; pour lui, la folie c'est une maladie cérébrale sans lésions appréciables à l'autopsie. C'est là un principe qui différencie beaucoup Pinel et Esquirol de la plupart de leurs élèves.

Un autre point important de la doctrine de Pinel, c'est le coté de l'étiologie et le coté du traitement qui sont solidaires. Pour Pinel, la folie est une maladie, encore c'est accidentel. La folie héréditaire qu'il admet est rare. Pinel a envisagé l'aliéné comme Broussais a plus tard envisagé le malade ordinaire. Pinel est parti de cette idée que les hommes sont doués de certaines facultés mentales, de sentiment, d'intelligence, de mémoire, d'attention, de jugement, etc; et que ces hommes placés dans un certain milieu extérieur rencontrent dans ce milieu des causes de maladies, des causes extérieures qui agissent sur leurs facultés et qui les altèrent. De même que Broussais admettait l'influence du froid comme pouvant produire toutes les maladies et certaines maladies en particulier, l'inflammation, par exemple, sur un homme sain d'ailleurs auparavant, sans tenir

compte des diathèses et des prédispositions, de même. Pinel admettait que les causes morales avaient le même genre d'action sur l'homme à l'état normal. Un homme à l'état normal, en supposant les hommes égaux pour les facultés, les sentiments, cet homme se trouvait exposé aux chagrins d'amour, à l'influence religieuse, à l'ambition, en un mot, à toutes ces causes accidentelles auxquelles on a attaché une importance exagérée dans la folie, et, au lieu de tenir compte de l'hérédité, des dispositions qui constituent en somme un aliéné en germe, à l'état congénital, il croyait que la folie pouvait être causée par des maladies accidentelles, par des chagrins d'amour et par d'autres causes qu'on fait valoir comme causes productrices de la folie. Cette étiologie a entraîné chez lui des conséquences directes au point de vue de la thérapeutique. De même qu'il voulait que la folie put être attribuée à des causes accidentelles nombreuses, il admettait que la folie pouvait guérir par suite d'im=pressions subites. Pinel a rapporté dans ses ouvrages grand nombre d'observations de guérisons de la folie par des émotions très-vives, par des émotions de tristesse, des émotions de joie, par des émotions très-vives quelconques.

Pour Pinel, ces causes qui pourraient produire la folie pourraient également la guérir. Il attribuait donc dans l'étiologie comme dans le traitement une influence prépondérante et certainement exagérée aux causes occasionnelles. Dans l'étiologie et dans la thérapeutique, Pinel faisait jouer des rôles très importants aux causes occasionnelles. Il supprimait ou atténuait beaucoup l'influence de la diathèse, de la prédisposition héréditaire. Il est résulté de ce fait une doctrine que Pinel n'a pas exagérée pour son compte, mais qui a été très exagérée par ses successeurs; c'est la théorie du traitement moral par les émotions, du traitement par la substitution d'une idée à une autre, d'une passion à une autre passion. Or, ce traitement qui peut avoir son application dans certains cas particuliers, qui existe réellement, qui a ses raisons d'être, dans la plupart des cas, n'offre aucune efficacité. Il est résulté de cette doctrine une exagération énorme dont ont été témoins nos prédécesseurs du temps de Leuret, médecin de Bicêtre, qui a poussé à l'extrême cette doctrine du traitement moral et a cru qu'il suffisait de lutter par la violence, par l'intimidation, par le raisonnement contre les idées fixes des aliénés pour arriver à les faire disparaître. En

1840, il y a eu un mouvement très ardent de la part de Leuret et de ses élèves pour faire introduire dans la science ce traitement moral de la folie qui consistait à lutter vio=
=lemment par des moyens artificiels contre les idées fixes des aliénés. Eh bien! cette exagération, qui n'existe pas dans Pinel a été néanmoins la conséquence de ses doctrines psychologiques exagérées, et Leuret n'a fait que pousser jusqu'à l'extrême les doctrines de ses maîtres.

On peut donc ainsi résumer les principes qui ont dirigé Pinel dans ses études et qui peuvent résumer la plupart des tendances de ses ouvrages: comme je vous le disais tout à l'heure, étudier l'aliéné en général ou la folie comme maladie unique au lieu d'étudier des espèces distinctes de la folie; faire la pathologie générale au lieu de faire la pathologie spéciale; étudier l'aliéné comme un être doué de certaines facultés à l'état normal et qui, sous l'influence de certaines causes, devient aliéné et peut guérir également par des influences de même ordre que celles qui ont produit sa maladie; d'autre part, nier d'une manière à peu près absolue la valeur des lésions anatomiques cérébrales dans l'étude de la folie, voilà les principes qui dominent surtout dans les ouvrages

de Pinel

Esquirol, qui a été l'élève illustre et le successeur direct de Pinel, n'a pas donné au même degré dans ces excès. Esquirol était avant tout un observateur, un observateur sagace, un observateur très habile qui a collectionné dans ses ouvrages un grand nombre d'observations qui restent encore aujourd'hui un véritable modèle pour les observateurs actuels et futurs; mais à côté de cette partie clinique des ouvrages d'Esquirol, il y a également à faire la part d'une partie théorique. Esquirol déjà dans sa thèse sur les passions, publiée en 1805, avait accusé la tendance psychologique portée au plus haut degré. Il avait considéré les passions comme cause, symptôme des maladies mentales. Dans ce premier ouvrage on retrouve au degré suprême cette tendance philosophique exagérée dont je parlais tout à l'heure. Plus tard, Esquirol, par l'observation, a dû baisser dans cette direction, il n'a pas continué dans cette voie exagérée, mais cependant on trouve dans ses ouvrages certaines données absolument psychologiques, il a admis, par exemple, la monomanie intellectuelle, la monomanie affective et la monomanie instinctive. Il se sert de cet argument

en faveur des monomanes instinctifs, et il dit : "puisque l'intelligence et la sensibilité peuvent être altérées isolé=
=ment dans la folie, pourquoi la volonté qui est également une faculté primordiale, ne pourrait-elle pas être altérée à son tour ?" C'est là un argument absolument psycho=
=logique et qui rappelle les doctrines dont je vous parlais tout à l'heure. C'est toujours la même division générale des aliénés en aliénés malades par lésion de la sensibilité, par lésion de la volonté ou par lésion de l'intelligence ; c'est là une distinction absolument psychologique importée dans le domaine de la pathologie mentale.

D'un autre côté, Esquirol a voulu élever à l'état de doctrine générale les lésions de l'attention. Il a admis que les maniaques, par exemple, étaient atteints d'une lésion de l'attention par défaut, que les maniaques n'avaient pas l'attention, tandis que les mélancoliques, au contraire, étaient doués d'une attention exagérée, que chez les mélancoliques l'attention était absorbée, captivée entièrement par l'idée dominante, par l'idée triste. Il a donc divisé les aliénés en deux classes, suivant qu'ils présentaient la lésion de l'attention en plus ou en moins. C'est encore là une division absolument psychologique surajoutée aux

divisions cliniques de la manie et de la mélancolie.

Esquirol a étudié d'une manière spéciale les illusions et les hallucinations sur lesquelles il a publié un article spécial. Il a créé le mot de monomanie, mais il a aussi fixé l'attention sur ces délires basés sur des idées très limitées. Cependant sur ce point il a encore exagéré, car il a admis qu'il pouvait exister des monomanes préoccupés d'une seule idée et n'ayant en dehors de cette idée aucun trouble mental d'aucun genre, doctrine qui a été très combattue depuis lors et en particulier par mon père qui a établi qu'en principe la monomanie n'existait jamais dans ces conditions, c'est-à-dire dans ce sens rigoureux du mot qu'il n'y a pas d'aliéné ne présentant absolument qu'une seule idée délirante autour de laquelle convergent tous les phénomènes du délire sans aucun autre trouble mental ou physique.

Les élèves de Pinel et d'Esquirol ont admis en général la plupart de ces principes. Il est même remar=quable que dans notre spécialité nous sommes en quelque sorte dans une petite église où les grands prêtres ont formulé des aphorismes, des axiomes, des doctrines que tout le monde accepte comme paroles d'Évangile. Il est extraordinaire de voir, à une époque comme la notre

de libre examen, de doute, de contestations, de voir une science qui s'immobilise à ce point en vertu de certaines doctrines, en vertu d'une sorte d'orthodoxie. Tout individu qui n'admet pas dans tous ses détails les doctrines des maîtres paraît un hétérodoxe, paraît presque un hérésiarque et on le considère comme devant être excommunié de la Science. Il y a là une tendance tout-à-fait particulière dans notre spécialité qui n'existe pas ailleurs. Les principes de Pinel et d'Esquirol ont donc eu une action énorme non seulement en France, mais à l'étranger; ils représentaient des chefs d'école, des chefs d'école qui ont été suivis non seulement par leurs disciples immédiats, mais par plusieurs générations suc=cessives, et aujourd'hui encore, malgré les progrès qui sont inévitables en toute science, on n'ose pas émettre une opinion qui soit contraire à celle de ces maîtres illustres, même dans les détails, même sur un point de la pathologie mentale. Il y a donc eu une action énorme de Pinel et d'Esquirol sur des générations successives. Cependant il faut noter plusieurs dissidences qui se sont produites depuis le commencement du siècle. La première dissidence a eu lieu vers 1815 ou 1816, au moment de l'invasion. A cette époque, quelques jeunes médecins étudiant à la Salpêtrière sous

la direction de Pinel et d'Esquirol se sont séparés sur ce point important de la doctrine des maîtres au point de vue de l'étude des lésions anatomiques. Les jeunes gens, qui plus tard, sont devenus des maîtres, Rostan, Calmeil, mon père, Georget, Voisin, etc, ont étudié d'une manière spéciale à la Salpêtrière et à Charenton les lésions qui se rencontrent dans le cerveau des aliénés ; ils ont étudié ces lésions avec beaucoup de soin. C'est sous l'in=-fluence des doctrines de Broussais, des doctrines de l'irritation, de l'inflammation qu'une grande conquête de la médecine mentale moderne a été faite, que la paralysie générale, qui est aujourd'hui une forme bien déterminée de la maladie mentale a été distinguée, qu'elle a été étudiée. Par suite de cette attention spéciale portée sur le cerveau des aliénés, on a commencé par constater dans le cerveau des aliénés des lésions des méninges, des opacités, des adhérences, des inflammations chroniques des méninges et de la substance corticale du cerveau, et on a constaté que les malades qui présentaient ces lésions du cerveau présentaient en effet des symptômes particuliers, des symptômes physiques de paralysie, d'embarras de la parole, de paralysie des membres inférieurs, de paralysie

de la sensibilité même en certains cas, et présentaient en même temps très fréquemment un délire spécial, le délire ambitieux, le délire des grandeurs qui n'est pas constant, mais qui est fréquent dans cette forme de la maladie ; ils présentaient en outre une succession assez bizarre et presque constante de délires partiels d'abord se transformant en état maniaque et passant à la démence. Il est résulté de cet ensemble de faits qui ont été surtout observés par Bayle et Calmeil, la constatation d'une affection qu'on a appelé méningite chronique ou périencéphalite diffuse #

C'est une maladie spéciale qui a été, dès le début, très bien aperçue et très bien limitée par les premiers auteurs qui s'en sont occupés, car les deux monographies de Bayle et de Calmeil, publiées en 1824, 1825 et 1826, sont des modèles de description exacte.

La paralysie générale est donc née de ce mouvement qui s'est produit parmi les élèves de Pinel et d'Esquirol. Au lieu d'admettre comme leurs maîtres que les lésions du cerveau étaient sans importance, étaient souvent des effets plutôt que des causes de la folie, ces élèves ont, au contraire, exagéré l'importance des lésions anatomiques et en ont fait le

point principal de leur étude. Il s'est produit à cette époque un mouvement anatomique très important qui a laissé ses traces dans la science. Plus tard un autre mouvement en sens inverse s'est produit parmi d'autres élèves de Pinel et d'Esquirol. Tout en admettant la doctrine générale dont je vous ai parlé, ces élèves ont surtout dirigé leur attention sur les phénomènes psychologiques. Cette école a existé non seulement en France mais en Allemagne où elle était prédominante. Beaucoup de médecins aliénistes ont cherché la base de l'étude des maladies mentales dans les divisions admises par les psychologues. Ils ont accepté des divisions toutes faites dans les écoles psychologiques régnantes; ils ont accepté en France les divisions de l'école écossaise, de Locke, de Reid, etc, et, portant purement et simplement ces divisions psychologiques dans la médecine mentale, ils ont cherché à découvrir chez les aliénés les lésions de chacune de ces facultés, de la mémoire, du jugement, de l'association des idées, de la volonté, de chacune des facultés admises par les psychologues. Il y a eu une série de travaux qui ont tous présenté ce caractère commun de s'occuper exclusivement, ou principalement, des doctrines psychologiques et de transporter dans la pathologie

mentale la psychologie de l'école avec ses divisions artificielles, ses divisions reçues, sans même chercher à la transformer pour les besoins de la science spéciale à laquelle on l'appliquait. C'est là une tendance très générale qui règne encore aujourd'hui et qui a produit de bons et de mauvais résultats. Les bons résultats viennent de ce qu'on a étudié d'une manière plus exacte, plus minutieuse, certains faits spéciaux de la pathologie mentale, mais cette doctrine psychologique ne pouvait jamais servir à étudier les aliénés tels qu'ils sont. On décompose artificiellement, par un procédé d'abstraction tout à fait scolastique, un trouble mental en beaucoup d'éléments tout à fait séparés les uns des autres, mais qui ne représentent en rien la réalité chez chaque malade. On cherche chez chaque malade les lésions de la volonté, les lésions du jugement, et on rapproche ainsi dans un même chapitre, dans une même notion, des états très différents empruntés aux formes les plus diverses des maladies mentales; on met, par exemple, des faits empruntés à la démence à côté d'un fait emprunté à la période la plus aiguë de la folie. C'est tout à fait contraire à l'observation vraie, et aux véritables règles de l'observation telle qu'elle doit être faite.

On trouve cette doctrine, cette méthode surtout appliquée dans un travail de Parchappe, intitulé : La Symptomatologie de la folie. Parchappe a procédé dans ce travail avec beaucoup d'art, d'une façon très-ingénieuse mais d'une façon tout à fait anti-clinique. Il s'est servi d'un tableau synoptique. Il a divisé les facultés mentales et il a subdivisé indéfiniment ces facultés d'après la méthode dichotomique. Il a constitué ainsi un tableau très complet qui partant des facultés les plus élevées, descend jusqu'aux applications les inférieures de ces facultés. Et après avoir tracé ce tableau, il a cherché des exemples dans toutes les formes de la folies et il a ajouté un exemple à l'appui de chacune de ces lésions, c'est-à-dire qu'il a rempli chacune des cases qu'il avait établies préalablement, mais ce travail de cabinet, ce travail très ingénieux ne produit aucun résultat pratique et il est contraire à la véritable observation clinique des maladies. C'est donc une doctrine qui peut avoir quelques avantages, mais qui a eu, au point de vue médical, de grands inconvénients.

Après cette doctrine vient une troisième direction de la science, qu'on a appelé la direction somatique. La

direction somatique s'est surtout manifestée en Allemagne. Beaucoup d'auteurs allemands, auteurs distingués, à la tête desquels se trouve le célèbre Jacobi et tous ses élèves, ont étudié les maladies mentales surtout au point de vue physique d'abord mais au point de vue des organes autres que le cerveau, et c'est en cela que cette doctrine diffère des précédentes. Les médecins, élèves d'Esquirol, qui étaient surtout des cérébristes, qui étaient en même temps des élèves de Gall, attribuaient au cerveau une influence presque exclusive dans la production des maladies mentales. Les auteurs allemands, au contraire, venus plus tard, ont négligé le cerveau, ils ont considéré le cerveau comme atteint secondairement, sympathiquement, dans la folie et ils ont cherché la véritable cause de la folie dans le cœur, dans le poumon, dans les organes sous-diaphragmatiques, dans la veine-porte, dans tous les organes en un mot. Cette doctrine a eu un grand succès en Allemagne et elle exerce encore son influence de nos jours. Cette doctrine a eu un avantage très grand : c'est de faire étudier chez les aliénés des faits qui jusque-là avaient été complètement négligés. La plupart des médecins, même s'occupant des phénomènes physiques des maladies

mentales, avaient négligé complètement cette étude des maladies incidentes; on n'avait pas étudié l'état des divers organes dans la folie. Les partisans de cette doctrine, à ce point de vue, ont rendu un véritable service mais au point de vue doctrinal ils sont tombés dans un écueil qu'il faut éviter à tout prix. Il est certain que l'étude de la folie devra surtout porter sur le cerveau et sur les manifestations de l'intelligence, de la sensibilité, des instincts, sur les phénomènes psychiques, sur les phénomènes cérébraux, sur les phénomènes de la motilité, de la sensibilité, de l'intelligence bien plus que sur les lésions du cœur, du poumon, etc. De sorte que cette tendance somatique en Allemagne a été une exagération qu'on ne peut pas approuver et qu'on ne peut pas continuer.

Vous voyez donc, Messieurs, sous une forme très résumée, que la médecine mentale, tout en subissant depuis le commencement de ce siècle l'influence des grands maîtres, des maîtres illustres qui la dominent encore aujourd'hui d'une façon très remarquable, Pinel et Esquirol, a cependant présenté, depuis 70 ans et plus, des mouvements divers, et que les élèves de Pinel et

d'Esquirol et les auteurs qui ont subi leur influence, ont cependant pris des directions différentes sur certains points. Il y a eu surtout trois directions : l'étude anato=mique, la direction anatomique au point de vue du cerveau, la direction psychologique au point de vue des facultés mentales, et la direction somatique, c'est-à-dire au point de vue des organes autres que le cerveau. En présence de ces dissidences qui existent encore aujourd'hui dans la médecine mentale, on doit se demander, quand on veut étudier cette pathologie spéciale quelle est la doctrine à laquelle il convient surtout de se rattacher. Eh bien ! Messieurs, le premier point est de n'être pas exclusif, de faire de l'éclectisme dans une certaine mesure, un éclectisme basé sur certains principes. Certainement il faut étudier l'anatomie du cerveau chez les aliénés. C'est une étude indispensable pour bien connaître la folie sous une forme bien déterminée, sous une forme parfaitement délimitée. Cette étude doit être faite non seulement au point de vue des lésions appréciables directement par la vue ou le toucher mais au point de vue microgra=phique, et c'est ce qui a eu lieu d'une façon remarquable en Allemagne et en France. Il ne faut pas négliger l'étude

anatomique, mais il ne faut pas cependant en faire le point dominant de l'étude des maladies mentales. Il en est de même, à plus forte raison, de la psychologie. La psychologie telle qu'on l'a faite jusqu'à présent, empruntée à l'école et transportée simplement dans la médecine mentale, est plus nuisible qu'utile. Ces divisions arbitraires jettent la perturbation dans l'étude des aliénés, et au lieu de servir la science, empêchent son avancement. On arrive ainsi à faire des divisions tout à fait arbitraires, des divisions accidentelles et qui empêchent de voir les faits vrais, les faits réels, tels que l'observation les donne. Cette étude psychologique est donc essentiellement nuisible et s'oppose à l'avancement de la science. Je ne dis pas qu'il ne faille pas étudier les phénomènes psychiques, d'ordre mental chez les aliénés, ce serait une hérésie énorme; mais il faut les étudier comme ils se présentent chez les aliénés, c'est-à-dire comme des états complexes, comme des états formant un ensemble de phénomènes et non pas fragmentés d'après les lésions de facultés isolées. C'est sur ce point que j'insisterai plus tard dans d'autres leçons.

Quant à la doctrine somatique, c'est une doctrine

qui est très exagéré et qu'il ne faut pas proclamer comme la doctrine principale. Sans doute il importe d'étudier les lésions du cœur, du poumon, et des autres organes, mais comme fait accessoire, comme fait secondaire, comme pouvant compléter le tableau de la maladie et non pas comme point principal. C'est donc au point de vue de la domination exclusive que ces écoles ont nui à la science plutôt qu'elles ne lui ont servi.

La véritable direction qu'il faut suivre en médecine mentale, c'est donc la direction clinique, la direction pathologique, la direction médicale. Il faut apporter le même esprit dans la pathologie mentale que dans les autres maladies; il faut appliquer les lois de la pathologie générale; il faut considérer les aliénés comme des malades atteints d'une affection cérébrale qui se manifeste par des lésions organiques certainement, dont l'étude est encore peu avancée, mais qui se manifeste surtout aujourd'hui par des symptômes physiques et moraux. Il faut étudier l'aliéné comme un malade; il faut remonter dans son passé, et remonter jusque dans son enfance, suivre l'histoire du malade depuis sa naissance jusqu'à l'évolution de

la puberté, le suivre au moment de l'évolution de maladie, au moment où il entre en maladie et suivre la maladie jusqu'au déclin, la guérison ou la mort; il faut appliquer à la pathologie mentale les procédés d'observation qu'on emploie dans la pathologie ordinaire; il ne faut rien négliger pour étudier les symptômes physiques dans l'ordre du mouvement, de la sensibilité, dans l'ordre de l'intelligence. Il ne faut négliger aucun des côtés de l'observation. Ainsi chez la plupart des aliénés on trouve un certain nombre de troubles des mouvements. Mon père, en particulier, dans toutes ses cliniques, avait soin d'insister sur les troubles de la motilité, spasmes des divers organes, strabisme, mouvements irréguliers des pupilles, mouvements de la face, altération de la parole, mouvements des divers organes de l'économie, contractions musculaires, spasmes contracteurs, anesthésie, troubles de la motilité et de la sensibilité, névralgies, douleurs, tous ces phénomènes existent dans la pathologie mentale et doivent fixer l'attention des observateurs. Il en est de même des phénomènes psychiques qu'il faut étudier tels que la maladie les présente; il faut

étudier les aliénés comme ils sont, au lieu d'appliquer la psychologie de l'école dans la médecine mentale, il faut voir les aliénés tels qu'ils sont, il faut voir quels sont les paroles et les actes des aliénés. Mon père avait soin dans la plupart de ses cliniques, d'attirer l'attention des élèves sur ce point. Il disait : "Vous êtes embarrassés pour observer un aliéné, eh bien! c'est très simple : laissez-le parler, laissez-le agir, et demandez-vous : que fait ce malade ? qu'est-ce qu'il dit ? quelles sont ses paroles et quels sont ses actes ? et après avoir constaté comme des sténographes, comme des secrétaires sous la dictée du malade, ces phénomènes que l'aliéné vous fournit, complétez cette observation par l'étude plus sérieuse que vous faites comme médecin. Il y a deux éléments dans l'observation, l'observation que peut vous fournir le malade en parlant et en agissant, et l'observation que le médecin seul peut faire. Si vous vous bornez à la première partie de l'observation, vous êtes de simples narrateurs, vous êtes des sténographes, vous constatez les faits qui se manifestent soit en paroles, soit en actions, mais vous n'interprétez rien, vous n'êtes pas médecins et vous ne pouvez poser

ni au diagnostic ni au pronostic. Pour être médecin, il ne faut pas se borner à être sténographe et secrétaire du malade, il faut aller plus loin; il faut intervenir directement dans l'observation, il faut faire ce que fait l'expérimentateur, faire naître certains phénomènes qui vous permettent de connaître plus profondément la nature du malade que par le secours de ses paroles et de ses actes."

Il y a un côté de l'observation sur lequel mon père insistait beaucoup: c'est l'observation des côtés négatifs. Quand on observe l'aliéné, il ne suffit pas de constater ce qui existe, il faut constater ce qui manque, quelles sont les lacunes qu'il y a en lui. Voilà un homme qui paraît raisonnable à première vue: Eh bien! cet homme pense et agit d'une manière toute différente de celle des autres hommes placés dans la même condition; cet homme, enfermé dans un asile, par exemple, le jour de sa séquestration ne s'inquiète pas de sa nouvelle situation; il ne réclame pas, il ne proteste pas, ce qui est un fait exceptionnel, au dehors il a toutes les apparences de la raison, eh bien! ce seul fait de ne pas se conduire comme l'homme raisonnable est du plus fâcheux augure

et on lit dans Esquirol qui a diagnostiqué la paralysie générale par ce seul fait qu'un malade renfermé dans un asile ne protestait pas le lendemain contre sa séquestration ce qui est contraire à l'observation des faits les plus habituels et ce qui est un fâcheux symptôme. Eh bien ! ces faits négatifs qui sont très nombreux méritent de fixer l'attention de l'observateur, au même point que les faits positifs, que les faits constatés directement. Il faut donc étudier les aliénés d'après la méthode de la pathologie ordinaire, étudier les phénomènes physiques de tout ordre et les phénomènes de la sensibilité, du mouvement, les lésions des divers organes en eux-mêmes, étudier les phénomènes intellectuels et moraux, dans leur complexité au lieu de les fragmenter ; il faut faire ce que font certains chimistes : au lieu de chercher à remonter aux éléments primordiaux des corps qu'ils ont sous les yeux, au lieu de chercher un corps simple comme le carbone, l'azote, etc, ces chimistes étudient la dextrine, l'alcool, l'éther comme des corps composés mais formant de nouvelles unités. De même dans les aliénés, au lieu de remonter aux lésions primordiales qui existent dans les faits psychologiques, il faut

prendre le fait psychique tel qu'il existe, étudier, par exemple, l'état de dépression et l'état d'excitation. Il y a des malades qui sont surexcités, qui ont une intelligence d'une activité énorme, dont la sensibilité est excessive, dont la volonté est très énergique, qui sont poussés à l'action, qui parlent toujours, dont la loquacité est intarissable. Dans cet état d'excitation ces aliénés diffèrent des autres aliénés qui ne parlent pas, qui restent immobiles, qui ne profèrent pas une seule parole, qui restent dans leur coin, au lit, qui ne bouge pas, qui sont dans l'état inverse. Ce sont là des états généraux qui servent d'exemple et qui sont le but principal de l'observation qu'on doit chercher à faire chez les aliénés.

Après ces deux ordres d'observations il en reste un troisième très important, c'est l'étude de la marche. Il ne peut y avoir de véritable étude des maladies qu'à la condition de suivre l'évolution du mal. Il ne faut pas se contenter de voir l'aliéné qui entre dans l'asile, il faut voir ce qu'il a été autrefois, ce qu'il deviendra plus tard. Ce n'est qu'à la condition de lier le présent au passé et à l'avenir qu'on

peut faire de bonnes observations. Or, cette étude de la marche est nécessaire dans la pathologie mentale plus encore que partout ailleurs, et si elle est plus difficile à un certain point de vue, parceque la maladie est plus longue, parceque la folie est très lente dans son évolution (car elle dure des mois et même des années,) d'autre part, elle est plus facile dans la pathologie mentale que dans la pathologie ordinaire parceque la plupart des malades se trouvent réunis dans des asiles où ils séjournent pendant des années et où le même médecin peut être appelé à constater les diverses périodes et sur le même malade. Ainsi, d'un côté, par la lenteur de la maladie, nous avons des difficultés, d'autre part, par le séjour des malades dans les asiles on a plus de facilité. C'est ainsi qu'on est arrivé à découvrir les formes intermittentes et la forme circulaire qui consiste dans des périodes de dépressions et d'excitation à longue date. Tout cela n'aurait pas pu être constatés si les malades n'étaient pas renfermés dans le même asile souvent pendant la vie. Nous avons donc au point de vue de la marche des facilités que n'ont pas les médecins dans les hôpitaux. Un malade atteint d'une maladie chronique

reste deux ou trois mois dans un service et il disparaît. Nous avons sous ce rapport un avantage que les autres médecins ne possèdent pas, qui est indispensable pour l'étude des maladies mentales : il n'y a pas de pathologie possible, il n'y a pas d'étude sérieuse de la maladie si on ne connaît pas non seulement ce que sont les malades quand on les observe, mais ce qu'ils ont été, ce qu'ils seront plus tard. Il n'y a pas de pronostic ni de diagnostic, ni de nosologie possible sans cela.

Je commencerai l'étude de la pathologie générale de la folie par l'étude des troubles des sentiments, des penchants et des instincts. Je ferai ainsi 3 ou 4 leçons de pathologie générale de la folie et j'arriverai immédiatement à la pathologie spéciale, c'est-à-dire à l'étude des différentes formes admises aujourd'hui dans la pathologie mentale, la manie, la démence, etc.

(Applaudissements).

2e Leçon

18 Novembre 1876.

Messieurs,

Nous allons commencer aujourd'hui l'étude de la pathologie générale de la folie. Dans la leçon précédente, je vous ai indiqué les inconvénients qu'il y a à étudier l'aliéné en général comme un être tout à fait distinct, séparé du reste de l'humanité, ayant des caractères communs. C'est là la tendance qu'a eue jusqu'à ce jour la science depuis le commencement du siècle : étudier la folie en général, comme maladie unique, au lieu de chercher à étudier des espèces, des formes distinctes de maladies mentales.

Il serait donc plus naturel, conformément à

cette tendance d'aborder immédiatement la pathologie spéciale et de chercher à décrire des formes de folie, les formes les plus communes, les plus connues, les mieux étudiées, au lieu de faire d'abord la pathologie générale. Cependant il y aurait quelques inconvénients à procéder ainsi immédiatement. Il y a dans la science un certain nombre de données qu'il importe de connaître, quand ce ne serait qu'au point de vue des définitions, au point de vue des mots que nous sommes obligés d'employer à chaque instant; en présence de certaines formes de maladies mentales, nous sommes obligés d'employer un vocabulaire spécial: pour la science que nous cultivons il importe donc de commencer par quelques particularités sur la folie avant d'aborder les formes particulières telles que la manie, la mélancolie, etc. Je dois donc, contrairement au principe que j'ai posé, faire un peu de pathologie générale avant d'entrer dans la pathologie spéciale.

Jusqu'à présent, les auteurs qui ont écrit sur les maladies mentales se sont bornés à la pathologie générale et à l'étude de la folie. Pinel, Esquirol et leurs élèves, ainsi que les étrangers, ont fait des traités sur

la folie comme si c'était une maladie distincte des affections cérébrales ordinaires, soit des maladies nerveuses soit des autres maladies de la pathologie; il semblait que la folie était une maladie particulière ayant ses symptômes physiques, sa marche et son traitement. C'est ainsi que tous les auteurs ont traité de la folie. Nous sommes obligés de payer ce tribut aux habitudes de la science courante et de commencer par quelques généralités sur l'aliénation mentale. Du reste l'aliénation a besoin d'être étudiée dans ce sens au point de vue social et au point de vue de la médecine légale, et lorsqu'il s'agit de juger un cas difficile de médecine légale, la question qui y est posée au Médecin est une question de diagnostic: l'individu qui est soumis à votre examen est-il aliéné ou ne l'est-il pas? C'est dans ces termes généraux que la loi, la législation de tous les peuples pose la question au Médecin. Il importe donc beaucoup que le Médecin praticien envisage l'aliénation d'une manière générale quand ce ne serait qu'au point de vue social, alors même qu'au point de vue scientifique cette notion serait sujette à erreur, au point de vue de la responsabilité des individus criminels ou accusés de crime, il importe donc

de découvrir, de décrire certains caractères généraux de l'aliénation mentale; il importe de poser le diagnostic général de la folie, par opposition à l'état normal, par opposition à l'état de raison. La même nécessité existe au point de vue administratif, au point de vue de la séquestration, lorsqu'il s'agit d'enfermer un malade, la question posée au médecin est celle-ci: est-il aliéné ou ne l'est-il pas? Et tous les jours on parle de séquestrations arbitraires, fait tout à fait erroné mais qui souvent a été considéré comme vrai, on prétend qu'on a enfermé des personnes qui n'étaient pas aliénées. La notion de l'aliéné en général est donc encore indispensable à conserver soit au point de vue de la médecine légale, soit au point de vue social ce n'est donc pas chose inutile que d'étudier l'aliéné en général avant d'aborder les diverses formes de maladies mentales. Existe-t-il quelques caractères communs à tous les aliénés? Est-il vrai que, malgré la diversité des formes et des manifestations, tous les aliénés qui sont enfermés dans les asiles aient certains caractères communs? Lorsque vous entrez dans un asile d'aliénés, vous êtes frappés de l'extrême diversité des malades qui y sont enfermés. Si vous entrez dans la cour des agités, dans la cour des malades atteints de manie plus ou moins aiguë,

vous êtes frappés d'abord par les caractères extérieurs de l'aliénation mentale tels qu'on les représente sur les théâtres, dans les romans, tels qu'on les imagine à priori : les malades causent, gesticulent, se livrent aux mouvements les plus excentriques, les plus bizarres, crient, prononcent des paroles incohérentes, des phrases sans suite, des mots sans sens. Vous avez là le type véritable de l'aliénation mentale, comme on l'imagine à priori. Mais à côté de ces malades atteints de maladie aiguë, de délire général avec excitation, vous trouvez des scènes tout à fait inverses, les malades ont l'apparence de la raison ; ils vous abordent avec toutes les formes voulues de la meilleure société, surtout lorsqu'il s'agit de personnes ayant reçu de l'éducation ; ils parlent de toute chose d'une façon en apparence raisonnable. Il est impossible que vous ne soyez pas frappés à première vue de toutes les apparences de raison de ces malades qui pourtant sont enfermés et atteints de formes de maladie mentale souvent plus graves et plus incurables que les précédents. Ce sont tous les malades atteints de délire partiel. Chez ces malades, il y a des idées fixes, des idées prédominantes ; il faut chercher le délire, il

faut le découvrir, ou bien il faut une occasion particulière qui le fasse naître afin de le rendre saillant à tous les yeux. Mais vous pouvez causer pendant plusieurs heures avec ces malades, les entendre parler sans vous douter des troubles de leur esprit. Ce sont les malades atteints de délire partiel soit mélancolique, soit maniaque. Ce sont les plus nombreux dans les asiles d'aliénés; nous verrons, quand nous entrerons dans le détail des maladies mentales, combien il y a de malades atteints de délire de persécution, de délire triste, de délire craintif, de délire orgueilleux, de délire érotique, de délire partiel en un mot sous les formes les plus diverses. Ces malades ont des idées fausses, mais en dehors du cercle assez étendu de leur délire, qui n'est pas aussi restreint qu'on l'a dit, en dehors de ce cercle, ils semblent raisonner comme tout le monde, et il faut beaucoup de temps pour les observer et les juger. Si vous opposez donc le type du maniaque d'un côté au type du malade atteint du délire partiel, il semble que vous avez affaire à deux êtres opposés; autant le maniaque est absurde dans tous ses actes, autant le malade atteint de délire partiel a toutes les apparences de la raison.

A côté de ces deux types, vous en avez d'autres très variés: vous avez les malades atteints d'alcoolisme aigu ou chronique, les malades atteints de paralysie

générale à différents degrés, soit sous forme de délire ambitieux, soit sous forme de démence plus ou moins avancée. Vous avez aussi d'autres malades dont les formes mentales sont extrêmement variées, non pas cependant aussi variées qu'on l'imagine à priori, car il est faux de croire que chaque délire a sa manière, ou qu'on peut délirer de la façon la plus variée, qu'il peut y avoir autant d'idées délirantes qu'il y a d'idées possibles dans l'intelligence et dans la raison humaines. Il n'en est pas ainsi, au contraire les formes de délires sont assez restreintes et peuvent être limitées, comme nous le verrons dans les leçons suivantes. Quoi qu'il en soit, je vous signale cette opposition entre les maniaques et les malades atteints de délire partiel pour vous montrer qu'il y a de grandes différences parmi les aliénés et qu'il est difficile de découvrir parmi eux certains caractères communs qui puissent aider au diagnostic de la folie dans ses formes diverses. Malgré ces difficultés, il y a cependant quelques caractères généraux qui permettent de diagnostiquer la folie, même dans les cas les plus difficiles, dans les cas les plus douteux, dans les cas où la manifestation n'est pas évidente à tous les yeux. Ces caractères communs

ont de l'importance au point de vue du diagnostic; il n'est donc pas inutile d'insister sur ce sujet.

Le premier de ces caractères, le plus général de l'aliénation mentale, celui qui s'applique à presque tous les malades, c'est le caractère qui peut se résumer par ce mot: les aliénés vivent d'une vie intérieure, les aliénés vivent en eux-mêmes. Même quand ils se livrent aux manifestations les plus bruyantes, les plus extérieures en apparence, ils sont surtout dominés par leur monde intérieur. L'aliéné vit dans le monde extérieur comme un étranger, comme un alienus, ainsi que l'indique le mot; l'aliéné est donc en quelque sorte étranger à ce qui se passe en dehors de lui, c'est un rêveur éveillé. Les sens sont ouverts; il voit, il regarde, il entend tout ce qui se passe au dehors de lui, mais il vit exclusivement dans un monde intérieur. Les sensations qui viennent du monde extérieur ne jouent qu'un rôle secondaire dans son délire, qu'il se présente sous la forme maniaque ou sous la forme mélancolique; il vit en lui-même, c'est un rêveur égoïste, il vit sur les sensations et sur les sentiments qui naissent de son organisation, qui naissent de la vie cérébrale, de

la vie ganglionnaire quelquefois, en un mot qui naissent de la personnalité. Son moi transformé par la maladie produit un certain nombre de penchants, d'instincts, d'idées qui sont le produit spontané de sa nature morbide et qui sont l'objet constant de ses préoccupations. De sorte que tout individu qui vit dans le monde intérieur, qui s'abstrait du monde extérieur, qui ne vit pas de la vie commune de l'humanité, s'il n'est pas déjà aliéné, est sur la pente de la folie ; les rêveurs sont sur le point de devenir aliénés ou ils sont sur le chemin de la folie. Cette vie intérieure exagérée, cette vie intérieure prédominante qui empêche l'homme de vivre de la vie normale, de la vie du monde, de la vie sociale, cette tendance est extrêmement dangereuse. Il est évident que certains penseurs, certains inventeurs n'arrivent à des résultats remarquables que par la prédominance de la vie intérieure sur la vie extérieure ; il ne faudrait pas exagérer cette donnée, mais c'est une situation extrêmement dangereuse pour l'esprit humain que d'être constamment absorbé par le monde intérieur. Les personnes distraites et rêveuses sont sous beaucoup de rapports prédisposées à la folie.

Il est dangereux, au point de vue du développement ultérieur de la maladie cérébrale, de ne pas vivre de la vie commune de l'humanité.

La conséquence de ce premier principe est toute naturelle, c'est que les aliénés manquent de sociabilité. Dès lors qu'un individu commence à devenir aliéné, ou est dans l'incubation de la folie, il s'isole du monde extérieur, il abandonne ses amis, ses parents, sa vie ordinaire, ses habitudes, ses affections, ses fonctions, sa profession, il se renferme en lui-même, il s'isole. Tout individu qui est sur le point de devenir aliéné ou qui est dans l'incubation de la folie, s'isole du monde extérieur, il devient rêveur, insociable, il cesse d'avoir des rapports avec les autres hommes, il commence à les redouter, à les craindre, à se défier de l'humanité tout entière, il s'isole, il se renferme en lui-même, dans son monde intérieur ou dans sa chambre, il s'isole, il se sépare de ses amis, de sa famille, de ses devoirs sociaux. Il y a donc là plusieurs caractères connexes qui servent souvent à distinguer l'aliénation mentale.

D'un autre côté, l'aliéné qui vit en lui-même commence à sentir qu'il est changé, qu'il n'est plus le même homme; il a dans cette période d'incubation

surtout une demi-conscience ou une conscience souvent très complète de son état de transformation intérieure. L'aliéné s'aperçoit qu'il change, qu'il naît en lui-même des idées, des émotions, des sentiments qu'il n'éprouvait pas autrefois; il sent qu'une transformation complète s'est opérée dans son moi intérieur, dans sa personnalité; mais au lieu d'attribuer cette transformation à un état morbide comme les hypocondriaques, par exemple, à un changement dans tout son être nerveux, dans tout son être moral, il attribue à des causes extérieures cette modification qui se produit dans son intérieur, ce qui fait que beaucoup d'aliénés à cette période d'incubation, deviennent défiants, soupçonneux, craintifs et croient qu'on veut leur faire du mal, qu'ils ont des ennemis qui leur en veulent et ils prennent en grippe leurs parents, leurs amis, les personnes les plus chères. L'aliéné est transformé intérieurement, mais au lieu de croire à son changement personnel, il croit au changement du monde extérieur; tout lui paraît changé autour de lui; il ne voit plus les choses du monde extérieur à travers le même prisme, sous les mêmes couleurs; tout devient sombre, tout est transformé et comme entouré d'un voile.

52

Il croit constater que tout le monde a changé à son égard, ceux qui lui étaient dévoués, ses parents, ses amis, ceux pour lesquels il avait de l'affection, qui lui étaient favorables, il les croit ses ennemis, il les croit hostiles, il croit que ces individus n'ont qu'un but, le tourmenter. C'est ce qui a fait dire à M. Guislain, aliéniste belge, que la plupart des folies débutaient par un stade mélancolique. Les individus qui deviendront maniaques ou qui auront la forme excitée de la folie, ont un stade mélancolique au début. Presque tous les aliénés commencent par avoir de la tristesse, du chagrin, des préoccupations pénibles, par suite de ce changement considérable qui s'est opéré dans leur monde intérieur.

Il résulte de cet ensemble de faits tout à fait généraux, il résulte encore quelques autres caractères très importants au point de vue des actes. Ces malades qui se sentent complètement transformés, qui ne sont plus ce qu'ils étaient autrefois, dont le caractère est changé, ces malades agissent autrement qu'ils n'agissaient dans leur état normal, et leurs actes se ressentent de cette disposition intérieure d'esprit, de sensibilité, de sentiment. Ces malades, par conséquent, diffèrent

totalement des autres hommes dans leur manière d'agir; ils s'isolent, ils s'enferment, ils vivent dans leur chambre ils se mettent au lit, ils sont défiants, ils changent de logement, ils renvoient leurs domestiques, ils se séparent de leur famille, ils entreprennent des voyages, et puis le monde les blesse, les heurte de toutes parts, et ils agissent d'une façon toute différente de ce qu'ils faisaient autrefois et de ce que font les autres hommes.

C'est dans ces conditions générales de pensées et d'actions qu'il faut chercher les éléments du diagnostic de la folie. Lorsqu'on vous présente un malade, surtout au point de vue de la médecine légale, au lieu de vous borner à constater chez lui des idées fausses comme le font les journalistes, les romanciers, les philosophes, il faut que le médecin cherche à constater ces dispositions générales de l'esprit et ces dispositions qui se manifestent dans les actes; il faut constater ces modifications complètes qui se passent dans la sensibilité, dans le moral, dans l'intelligence et dans la conduite. Tout individu qui commence à devenir aliéné a en lui déjà tous ces caractères généraux quelquefois assez difficiles à saisir; ils ont néanmoins une grande importance dans le diagnostic de la

folie surtout dans les cas douteux, dans les cas de folie instinctive, de folie raisonnante, alors qu'il n'y a pas de folie parfaitement visible, lorsque les malades n'annoncent pas qu'ils sont rois, qu'ils sont empereurs, qu'ils ont une mission religieuse à remplir, qu'ils sont persécutés, s'ils ont des ennemis, des personnes qui les tourmentent à travers les plafonds, lorsqu'il n'y a pas de ces idées parfaitement nettes et saisissables, il faut alors avoir recours à ces phénomènes généraux dont je vous parle en ce moment.

A cette observation positive, directe, il faut en joindre une autre très importante, c'est l'observation des faits négatifs. En même temps que les aliénés agissent vis à vis du monde extérieur autrement que les autres hommes, il y a des faits négatifs, il y a des faits qui n'existent pas chez les aliénés et qui devraient exister. Ainsi par exemple l'aliéné est constamment plongé dans le passé, il recherche dans son passé, quelquefois dans dix ans, huit ans, six ans avant la maladie des faits peu importants qui se sont produits dans son existence, sur lesquels son attention n'avait pas été attirée et qui prennent tout à coup une importance

exagéré dans son esprit ; il remonte très loin dans son passé, il recherche les causes de certains faits insignifiants auxquels il accorde tout à coup une grande importance et ceci dans le domaine du monde extérieur comme dans le domaine de la conscience. Quand l'aliéné est sur le point d'arriver à un délire religieux, de damnation, de culpabilité, il recherche dans son passé des fautes qui lui paraissaient insignifiantes et qui lui paraissent aujourd'hui monstrueuses. Il en arrive ainsi, peu à peu et très lentement, par une évolution successive et par un travail long de l'intelligence sur elle-même, il en arrive à donner une formule déterminée à ces accusations qu'il dirige contre lui-même, il arrive à croire qu'il a commis des crimes, qu'il a commis des fautes qui entraînent la damnation éternelle. Il s'accuse et il arrive peu à peu au délire de culpabilité et au délire de damnation.

Dans d'autres circonstances, au contraire, au lieu de s'accuser lui-même, il accuse le monde extérieur, il découvre dans le passé des preuves manifestes qu'on lui en voulait, qu'on le poursuivait, qu'on cherchait à empoisonner ses aliments, qu'on a voulu le torturer de toute manière, et il reconstruit dans le passé tout un

système délirant de faits, de preuves qu'il n'avait pas aperçus à l'époque où ces faits se sont produits.

Cette tendance de l'aliéné à regarder toujours dans le passé a pour corollaire une tendance en sens inverse à ne plus se préoccuper du présent et de l'avenir. L'aliéné ne se préoccupe pas des choses du moment, il ne s'occupe pas des affaires de sa famille, il ne s'occupe pas de sa profession, il ne s'occupe pas de toutes les choses qui occupent les hommes en général; il néglige ses devoirs sociaux même les plus impérieux, il néglige même sa toilette, sa tenue n'est plus rien à présent, tout ce qui le préoccupait à l'état normal devient nul pour lui, enfin il n'a aucun souci, aucune préoccupation. Sous ce rapport il diffère essentiellement de l'homme à l'état normal.

Même insouciance aussi chez l'aliéné au point de vue de l'avenir. Il ne songe pas à l'avenir, il n'est pas ambitieux, il ne songe pas à la fortune, il ne pense pas à l'avenir excepté dans le domaine imaginaire, dans le domaine de son délire, mais au point de vue du monde réel l'aliéné qui a une famille, une profession, cesse de songer à l'avenir, il cesse de songer à sa famille, à ses enfants,

à sa situation sociale ; il abandonne tout pour se préoccuper exclusivement des objets de son délire, soit dans l'ordre des sentiments, soit dans l'ordre des idées. A-t-il, par exemple, un délire de jalousie, un délire religieux, il se préoccupe exclusivement des idées de jalousie, des idées de religion, objet de son délire ; il en est de même dans les délires intellectuels au point de vue des délires de persécution, de crainte, etc. L'aliéné est donc exclusivement préoccupé de son délire, de toutes les idées qui circulent dans son esprit, des émotions, des penchants que la maladie fait naître en lui, il ne pense ni au présent ni à l'avenir, tandis que son intelligence le reporte toujours vers le passé. Ceci est tellement vrai qu'on a beaucoup de peine à faire croire à l'aliéné les faits vrais qui se produisent dans la famille ou dans la société. Lorsqu'on annonce à un aliéné, par exemple, la mort d'une personne aimée de sa famille, l'aliéné n'y veut pas croire, il n'admet pas les faits vrais du monde réel, tandis qu'il admettra au contraire avec facilité les faits du monde imaginaire. Tout ce qui est dans le cercle de son délire est accepté par l'aliéné avec facilité ; tout ce qui est dans le monde réel l'aliéné le nie et ne veut pas le croire sur le témoignage d'autrui. Il

58. Il y a même des aliénés chroniques qui ne veulent pas admettre les faits les plus évidents, les faits extérieurs les plus généraux, par exemple les faits de la guerre ou de la révolution. Nous avons tous été témoins dans les asiles d'aliénés de ce qui se passait dans l'esprit de ces malades pendant la dernière guerre ou la révolution. Tout le monde était convaincu que la guerre existait et nous avions des aliénés qui ne voulaient pas le croire, qui disaient que nous étions la cause indirecte, la cause véritable de tous les malheurs qui les entouraient, qui prétendaient que si les obus tombaient sur les bâtiments qu'ils occupaient, c'était à nous qu'ils le devaient et nullement à la guerre extérieure et à la révolution. Les aliénés ne veulent pas admettre les faits les plus palpables, les plus évidents que tout le monde admet ; ils admettent au contraire avec facilité des choses que personne ne croit ; il y a chez eux une crédulité excessive pour les objets de leur délire et une incrédulité absolue pour les faits du monde extérieur.

Il y a donc un certain nombre de caractères communs, de caractères positifs et de caractères négatifs qui permettent de distinguer l'aliénation mentale de

l'état normal et de séparer ainsi les aliénés en masse des hommes raisonnables. Ces caractères négatifs et positifs ont une importance très grande au point de vue du diagnostic de la folie en général, surtout dans les cas de médecine légale, dans les cas très difficiles où le diagnostic ne peut pas reposer sur des faits directs et faciles à constater.

Après ces généralités, j'arrive à l'objet principal de cette leçon, à l'étude des troubles, des sentiments, des penchants et des instincts dans l'aliénation mentale. Cette étude est assez difficile à faire, et elle est difficile même à l'état normal. Elle a été difficile pour les psychologues et les moralistes, elle est plus difficile encore dans l'aliénation mentale. D'abord les psychologues et les moralistes n'ont pas parfaitement déterminé les facultés sentimales aussi bien que les facultés intellectuelles; l'étude psychologique des facultés intellectuelles a été faite avec plus de soin que l'étude des sentiments et des penchants. Cette dernière étude a été faite plutôt par des romanciers que par les philosophes. Les philosophes ont distingué avec soin la mémoire, l'attention, le raisonnement, la réflexion, l'association des idées, mais ils ont très peu étudié les sentiments de haine, d'amour, de jalousie, de vengeance, de toutes les parties

affectives de notre être, de sorte que c'est plutôt dans les moralistes et dans les romanciers qu'on pourrait trouver les éléments pour l'étude des passions et des penchants que dans les philosophes proprement dits. Quoi qu'il en soit, il est certain que cette partie affective de notre être est une partie essentielle et dominante de l'intelligence humaine. Avant d'avoir des idées, avant d'avoir du trouble dans les idées, on a du trouble dans les sensations, dans les sentiments, dans la sensibilité morale. C'est là même le fait prédominant de l'aliénation mentale. Quand on commence à devenir aliéné, les premiers changements, les premières modifications se manifestent dans l'ordre de la sensibilité morale, comme je vous le disais tout à l'heure, l'aliéné est complètement transformé, il n'est plus lui-même, mais il est transformé surtout dans ce qu'on a appelé son humeur, son caractère, c'est à dire dans la partie émotive de notre être. Plusieurs auteurs et des médecins en particulier qui se sont occupés des maladies nerveuses ont attiré l'attention sur ce côté émotif de la nature humaine. M. Cerise, en particulier, a fait un livre sur les fonctions nerveuses, dans lequel il a étudié avec beaucoup de soin cette partie émotive de la nature

humaine aussi bien à l'état physiologique qu'à l'état pathologique ; il a même voulu formuler cette étude par un mot en admettant qu'il existe un sens émotif dont le siège serait dans le système ganglionnaire et qui détermine les émotions aussi bien à l'état physiologique qu'à l'état pathologique. De même que les anciens mettaient dans le cœur, sous forme métaphorique, les affections et les sentiments, fait qui est resté dans le langage, alors qu'on sait que les sentiments siègent dans le cerveau, les anciens faisaient résider dans le foie ou dans les organes diaphragmatiques le point de départ des modifications dans l'humeur, dans le caractère. Ce qu'on a dit des gens colères, des gens bilieux, et toutes les expressions du langage transmettent encore à notre époque cette opinion des anciens sur l'influence du système nerveux abdominal ou même des organes sous-diaphragmatiques sur les dispositions d'humeur ou de caractère. Il y a en effet à l'état physiologique un certain nombre de faits connexes qui démontrent parfaitement cette influence des organes autres que le cerveau sur la production de ces émotions morales. Tout le monde connait les émotions qui se produisent à l'époque de la puberté chez les jeunes gens et chez les jeunes filles sous l'influence du développement génital. A cette époque des

69 idées nouvelles naissent dans l'esprit. Tous les romanciers ont décrit avec beaucoup de détails, d'une façon extrêmement pathétique, ces dispositions nouvelles de l'esprit et du cœur qui sont en rapport avec l'évolution physique de la puberté. Eh bien! ce même phénomène existe également dans l'état de grossesse chez la femme ou à l'époque des règles; il y a également des modifications dans l'humeur, dans le caractère, dans les dispositions sentimentales ou émotives qui coïncident chez la femme avec ces conditions physiologiques spéciales. On a observé dans diverses maladies des transformations dans le caractère qui sont également en rapport avec ces maladies mêmes. Ainsi dans les maladies des voies urinaires, dans les maladies du foie, dans l'hypocondrie en particulier, tout le monde admet que l'état des organes sous-diaphragmatiques ou du système nerveux et ganglionnaire influe énormément sur les idées, sur les sentiments et les émotions. Tout le monde sait que dans les maladies des voies urinaires, dans les maladies de foie, il y a une disposition à la tristesse, à l'anxiété, au chagrin, à se préoccuper péniblement des choses, qui existe même à l'état physiologique ou dans d'autres maladies qui ne sont pas des maladies mentales;

dans les maladies nerveuses, dans l'hystérie, dans l'épilepsie, on voit également se produire ces transfor=mations de caractère. On voit, par exemple, les épileptiques ou les hystériques être gais d'une façon exagérée peu de temps avant l'arrivée des attaques, et, au contraire, être très tristes, déprimés dans d'autres conditions également physiologiques ou pathologiques; les maladies de cœur ou de poumon se trouvent également liées dans beaucoup de circonstances avec certaines dispositions morales par=ticulières. On a dit que les personnes atteintes de maladie de cœur étaient disposées à se tourmenter, à avoir du chagrin, des préoccupations très vives, des passions très vives et à avoir en même temps des dispositions à certaines formes de mélancolie. Dans la phthisie, en particulier, dans les maladies pulmonaires, tout le monde sait qu'il y a une disposition à faire des châteaux en Espagne, à voir tout en beau, à espérer une prompte guérison dans le moment où on est le plus malade, même aux approches de la mort. D'un autre côté, on a étudié avec beaucoup de soin les rapports qui existent entre la mélancolie et les pertes séminales ou les maladies des voies génito-urinaires. M. Lallemand a fait un

64. travail sur les pertes séminales où il a constaté la tendance au suicide et la disposition à l'hypocondrie chez les malades atteints de pertes séminales volontaires ou involontaires, surtout involontaires. Il y a donc dans la physiologie ordinaire et dans la pathologie des conditions où on constate que les dispositions du système nerveux, surtout ganglionnaire influent sur les dispositions du caractère du malade et de la personne. Eh bien! ce qu'on constate dans ces dispositions, on l'observe avec plus de vérité dans les différentes formes de maladies mentales; dans toutes les formes hypocondriaques, mélancoliques, en même temps qu'une lésion du cerveau, il y a une lésion du système nerveux ganglionnaire. Il y a des études très sérieuses à faire sur les rapports qui peuvent exister entre les lésions du grand sympathique et l'altération de l'humeur ou du caractère dans les différentes formes de maladies mentales. Nous avons un certain nombre de mélancoliques avec conscience de leur état; il y a des mélancoliques chez lesquels on observe des émotions involontaires absolument semblables à celles qui existent chez les hypocondriaques non aliénés et qui sont intéressantes à étudier. En vous parlant de

ce caractère de la mélancolie, j'insisterai sur ces émotions, sur ce caractère extrêmement remarquable. Il y a des personnes qui ont peur de voir un couteau, de voir une épée une dans la crainte d'être portées à s'en servir malgré elles; elles ont peur d'un rasoir, elles ont peur de se laisser raser, craignant qu'on n'aille leur couper la gorge ou qu'elles ne se trouvent exposées à se couper la gorge. D'autres personnes ont crainte de se jeter par une fenêtre, elles n'osent pas voir une fenêtre ouverte parce qu'elles craignent d'être attirées comme par le vertige dans un précipice; elles ont à la fois le sentiment d'attraction pour le précipice et le sentiment de rétraction de la mort. D'autres personnes ont crainte de monter aux étages supérieurs, de monter dans une voiture. Il y a un certain nombre de craintes émotives qui sont en quelque sorte un premier élément des formes mélancoliques ou hypocondriaques des maladies mentales. Ces faits-là peuvent exister chez certains malades névropathiques; ils ne sont pas préci=sément caractéristiques de l'aliénation mentale, mais ils en sont les premiers degrés, et souvent ils y conduisent. Il y a des malades qui ont commencé par avoir ces craintes émotives et qui arrivent peu à peu

66. à une forme plus déterminée de la folie. C'est toute une étude très intéressante à faire, qui a été commencée par plusieurs médecins, en particulier par M. Cerise dont je vous parlais tout à l'heure, par M. Morel dans les archives de l'académie de médecine et par plusieurs médecins qui s'occupent de névropathie sous des formes diverses. Il y a donc progression croissante de l'état physiologique à l'état pathologique et des maladies ordinaires aux maladies nerveuses qui nous font arriver aux faits que nous observons chez les aliénés. Chez les aliénés mélancoliques surtout nous constatons un grand nombre de troubles de la sensibilité morale, des émotions, des penchants et des sentiments. Ce sont ces troubles qu'il s'agit de résumer aussi brièvement que possible.

La sensibilité morale chez les aliénés peut être altérée surtout sous deux formes opposées, sous forme de mélancolie ou sous forme d'expansion. Cela correspond aux deux formes de maladie mentale, la folie dépressive et la folie expansive. Ce que nous retrouverons dans la prochaine leçon à propos des troubles de l'intelligence, nous le voyons aujourd'hui

à propos des troubles de la sensibilité. Il y a deux états de troubles généraux de la sensibilité chez les aliénés. Certains aliénés, les mélancoliques, ont une disposition générale à la peur, à la crainte, à la défiance, ils ont des émotions pénibles, une anxiété qu'ils ne savent comment expliquer, mais qui s'impose à eux involontairement et malgré eux; ils sont tristes, malheureux sans savoir pourquoi, même avant d'avoir trouvé des causes à cette tristesse. C'est le phénomène primordial de l'aliénation: avant de délirer, on a des troubles de la sensibilité qui servent de base au délire. Je vous montrerai comment le délire des idées se forme peu à peu sur cette première base de l'altération de la sensibilité. C'est dans la sensibilité morale et physique qu'il faut chercher la première base de toutes les formes de la folie. Quand on va devenir aliéné, et souvent il faut plusieurs années pour cette évolution ou cette incubation, il y a d'abord une altération primordiale et fondamentale de la sensibilité). L'homme commence par être atteint d'une souffrance vague, souffrance physique et morale, il souffre sans savoir pourquoi, il est malheureux, il a l'humeur mélancolique, il a

 le caractère transformé. Au lieu d'être comme autrefois occupé des choses du monde extérieur, de sa profession et de la vie réelle, l'aliéné est dominé dans cette première période par le chagrin d'un malheur inouï qu'il ne sait comment expliquer, mais d'un malheur involontaire contre lequel sa volonté est impuissante à réagir. C'est là la vraie base de toutes les folies, comme je vous le disais tout à l'heure ; même dans la folie expansive il est presque constant de voir un premier stade mélancolique précéder la période d'expansion, comme M. Guislain l'a si bien démontré. C'est donc là le premier phénomène dans la folie dépressive et même dans la folie expansive : il y a altération de la sensibilité morale d'une manière générale.

Dans les formes expansives, c'est l'état inverse qui existe, de même que je le disais tout à l'heure pour l'épilepsie et l'hystérie, le malade voit tout en beau, il est heureux sans savoir pourquoi, il est rayonnant de bonheur, il est disposé à la satisfaction, il jouit, il est expansif, il éprouve le besoin de communiquer ce bonheur à tout son entourage, aux personnes qu'il rencontre.. C'est là ce qui existe au

début de certains états maniaques et surtout au début de la paralysie générale de forme expansive. C'est le commencement du délire orgueilleux, du délire ambitieux. Mais chez certains malades le délire se borne à cette satisfaction générale sans se montrer dans les idées excessives d'orgueil. Ces malades voient tout en beau, ils nagent dans un océan de bonheur; tout leur réussit; ils ont une force physique énorme, ils ont une force morale exceptionnelle; ils sont devenus peintres, chanteurs, musiciens, ils ont acquis des facultés qu'ils n'avaient pas autrefois, ils sont dans un bonheur ineffable qu'ils ne savent à quoi attribuer, qui leur est survenu tout à coup, qui est tombé du ciel pour ainsi dire et qui est le résultat des dispositions internes du système nerveux qui donne lieu à ces dispositions de la maladie mentale.

Il y a donc ces deux altérations de la sensibilité morale dans la folie: tantôt le malade est triste, déprimé, anxieux; tantôt, au contraire, il est heureux, il a de l'expansion qui se manifeste en paroles et en actes.

Indépendamment de ces deux lésions générales qui servent de base aux deux formes principales de

maladie mentale, il y a des altérations particulières des sentiments et des penchants.

Les sentiments ont été groupés par les psychologues et les moralistes sous deux chefs principaux : les sentiments d'amour et les sentiments de haine ; les sentiments positifs et les sentiments négatifs ; les sentiments avec attraction vers un objet extérieur et les sentiments au contraire avec répulsion ; la haine et l'amour, voilà le résumé de toute la physiologie sentimentale. Eh bien ! ces dispositions se trouvent également exister à un très haut degré chez les aliénés. Il y a des aliénés qui sont dominés malgré eux par des sentiments d'amour exagéré, par des sentiments d'affection, d'attraction ; d'autres, au contraire, qui ont de la répulsion, des désirs de vengeance, des soupçons, de la défiance comme fait principal, primordial de leur délire. Toutes ces altérations des sentiments existent donc dans l'aliénation mentale, mais elles existent à différents degrés et dans des formes très diverses. Et c'est ici qu'on voit que l'étude de la folie d'après les méthodes psychologiques ne peut conduire à aucun résultat pratique, car si

on voulait classer les folies d'après l'altération des passions, on arriverait à des erreurs monstrueuses ; c'est ainsi qu'on a voulu constituer des folies amoureuses, des folies érotiques. Elles ne peuvent avoir aucune marche déterminée ni aucun caractère scientifique. Il est certain qu'il y a dans différentes formes de folies des sentiments amoureux, qu'il y a des phénomènes érotiques, mais ce sont des incidents, des accessoires, des faits secondaires, ce ne sont pas les faits primordiaux de l'aliénation mentale. Il y a, par exemple, toutes les formes nymphomaniaques, satyriasiques où prédomine l'amour physique ; les formes où prédomine l'amour idéal comme dans l'érotomanie d'Esquirol, mais elles ne sont pas le fait principal, et elles ne peuvent pas servir de base à une classification scientifique. On voit par exemple des malades qui sont préoccupés d'un objet aimé, qui croient l'apercevoir même où il n'existe pas, qui projettent leurs désirs ou leurs vœux d'avenir sur certains personnages qu'ils n'ont même jamais vus, sur des princes, sur des princesses, sur des personnes qu'ils n'ont vues qu'une seule fois. Voilà par conséquent des malades chez lesquels

 prédominent les idées d'amour, il est vrai, mais ils en ont d'autres, ce fait érotique n'est qu'un fait secondaire ; dans l'aliénation mentale, il y a très peu de malades qu'on puisse classer dans l'érotomanie d'Esquirol, mais il n'en est pas moins vrai que ce phénomène existe. Il en est de même du sentiment religieux qui est le sentiment dominant dans l'humanité à divers degrés, surtout à certaines époques. Ce sentiment existe chez les aliénés à un très haut degré et d'une manière souvent morbide, exagérée, soit sous forme d'idées de damnation, soit sous forme d'idées de culpabilité, de démonomanie, de possession par le diable, soit sous la forme contraire de mission religieuse à accomplir, de communications avec les saints, avec la sainte Vierge et avec Dieu lui-même, de réformes à accomplir soit dans la religion, soit dans la société. Il y a un certain nombre d'aliénés qui répondent à ce type qui a été décrit par les auteurs modernes et anciens. Mais ce sentiment religieux ne présente pas chez les aliénés la même forme ; à l'état normal, il n'est pas vrai de dire qu'il y ait des aliénés réellement religieux, ce sont souvent ou des aliénés

craintifs ou des aliénés orgueilleux. Ce sont l'orgueil et la crainte qui revêtent la forme religieuse; c'est le caractère qui devenant religieux, s'applique à des objets religieux, fait croire aux malades qu'ils sont damnés, qu'ils sont possédés par le diable, qu'ils sont perdus éternellement, qu'ils sont damnés; de même l'orgueil leur fait croire qu'ils ont une mission à accomplir, qu'ils sont chargés par la Divinité de proposer une nouvelle religion, de faire du prosélytisme en faveur de leur nouvelle doctrine. Mais ce sont plutôt des aliénés craintifs ou orgueilleux que des aliénés religieux. Le sentiment religieux qui est altéré en plus ou en moins dans la folie est rarement le fait culminant, le fait dominant de l'aliénation mentale. C'est un incident, c'est un accessoire, mais ce n'est pas le fait dominant. Il en est de même d'autres sentiments moins importants comme la jalousie. On a décrit l'aliéné jaloux, on a dit que certains malades étaient sous l'influence exclusive d'un délire de jalousie, qu'ils poursuivaient leurs femmes de toutes les manières et qu'ils finissaient par les tuer sous l'empire de la jalousie. Il est certain que la jalousie existe chez des aliénés, mais elle n'est point le fait principal, le fait dominant, la plupart de ces

aliénés jaloux appartiennent à d'autres formes de la maladie mentale, appartiennent à la paralysie générale, appartiennent à l'alcoolisme, à la folie raisonnante ou à la folie instinctive. Mais ils ne constituent pas un groupe distinct auquel on pourrait donner le nom d'aliénés jaloux. Ce n'est pas par passions qu'on peut classer d'une façon scientifique les différentes formes de maladies mentales.

Il en est de même de l'impulsion. Il est vrai qu'il y a des formes de folie impulsive dans lesquelles on éprouve une impulsion violente, le besoin de quereller, comme chez les épileptiques, le besoin de discuter, de lutter, de voler, d'incendier. Ces phénomènes là et surtout ces actes existent malheureusement chez beaucoup d'aliénés, mais les actes ne sont pas toujours la conséquence du développement du penchant correspondant. C'est une erreur de croire, par exemple, que la folie homicide consiste dans le besoin de verser le sang, comme on l'a décrit, comme plusieurs auteurs l'ont décrit en disant que c'est le besoin de verser le sang ou même de voir le sang. Ce plaisir que l'on aurait à voir couler le sang a pu se produire dans certains cas d'aliénation mentale, il s'est produit en effet, mais ce n'est pas le fait dominant chez

les aliénés homicides. Les aliénés homicides sont poussés ordinairement par d'autres mobiles; l'homicide est motivé chez les aliénés; on tue pour se débarrasser d'un persécuteur, on tue pour se débarrasser d'un personnage qui vous gêne, d'un personnage qui vous ennuie, qui vous insulte; on tue pour des causes diverses. L'épileptique tue sans motif parce qu'il a besoin de tuer instinctivement et de se précipiter sur les objets qu'il rencontre, objets inanimés ou personnes vivantes. Les aliénés tuent sous des impulsions différentes mais rarement en vertu du penchant à l'homicide surexcité.

Il en est de même pour le vol. Il y a des aliénés voleurs, mais le vol est accompli d'une manière très différente selon les malades qui accomplissent cet acte. Ainsi les paralytiques, par exemple, volent d'une manière insignifiante, ils prennent à la devanture d'une boutique ou dans un endroit quelconque où ils passent, ils prennent un objet, ils se l'approprient comme s'il leur appartenait, ils le prennent négligemment sans attacher aucune importance à ce prétendu vol; ce n'est pas un vol en réalité, c'est un fait accidentel chez beaucoup de paralytiques. Il y en d'autres qui collectionnent des objets par douzaine, par dizaine, par centaine sans en tirer aucun profit, sans les vendre. Ils les accumulent dans

 leur domicile. Il y a un certain nombre de paralytiques au début au domicile desquels on trouve des objets de même nature, objets qu'ils ont pris dans des magasins ou dans diverses maisons où ils sont allés : ce sont des couverts, des couteaux, des objets souvent inutiles qui ont été collectionnés par ces malades en vertu d'un besoin d'activité sans but. Les hystériques volent au contraire pour être désagréables, pour taquiner, mais pas pour s'approprier les objets. Il y a donc des différences, mais ces différences ne tiennent pas au penchant au vol exceptionnellement développé. On a eu tort de faire sous ce rapport des observations de cabinet, des observations préconçues au lieu de faire des observations vraies et directes. On a dit : voilà un aliéné qui tue, donc il a le penchant au meurtre exceptionnellement développé ; voilà un aliéné qui vole, donc il a le penchant au vol exceptionnellement développé. Dans la plupart des cas il n'en est pas ainsi. L'aliéné tue ou vole en vertu de certaines tendances délirantes, mais pas en vertu d'un penchant au meurtre ou au vol exceptionnellement développé.

Il en est de même de l'incendie. On a admis des aliénés incendiaires qui ont besoin de mettre le feu, pour

voir la flamme, en vertu d'un penchant à l'incendie qui serait exceptionnellement développé, qui serait un produit morbide. Eh bien ! ces incendiaires essentiels pour ainsi dire, n'existent réellement pas, il n'y a pas d'incendiaires proprement dits, il y a des aliénés incendiaires, en vertu de certains motifs, de certaines tendances délirantes. Il y a des incendiaires demi-idiots qui sont exploités par des gens cupides et qui souvent servent d'instrument à des personnes qui veulent exercer une vengeance. C'est dans ces conditions qu'on observe le plus souvent ces malades. Souvent, en effet, ce sont des jeunes gens, à l'âge de la puberté, des jeunes de 15 à 20 ans qui ont été poussés par des instigations extérieures mais non par des penchants maladifs. Dans d'autres circonstances l'incendie est causé en vertu de certains motifs délirants et non par un penchant à l'incendie comme on l'a cru et comme on l'a décrit souvent à propos de ce qu'on a appelé la pyromanie.

Quoi qu'il en soit, il est certain que ces penchants existent chez tels ou tels aliénés et peuvent être développés momentanément. Il est donc nécessaire de les mentionner dans la pathologie générale de la folie.

78. Il y a des sentiments de haine, de jalousie, de vengeance de même qu'il y a des penchants au vol, au meurtre, à l'incendie, mais ce sont des phénomènes secondaires, accessoires, qu'il faut constater comme élément du trouble général de l'aliénation mentale, mais non pas comme faits unique, comme faits étant la cause d'une espèce de monomanie. On a admis la monomanie incendiaire, la monomanie homicide, la monomanie du vol ou cleptomanie. Dans la plupart de ces cas ce ne sont pas des monomanies, ce sont des faits qui viennent d'un trouble d'esprit beaucoup plus étendu. Pour une vraie observation il ne faut pas isoler les troubles de la folie, il faut les étudier dans leurs rapports avec les autres phénomènes du délire, il ne faut pas séparer le trouble des sentiments et des penchants du trouble de l'intelligence et de tous les autres phénomènes qui servent à caractériser l'aliénation mentale; il faut faire une observation d'ensemble et ne pas fragmenter ainsi l'observation des malades, il ne faut pas arriver à ces monomanies exclusives que nos prédécesseurs ont établies dans la science et qui ne sont pas conformes à la réalité. Certainement il y a des malades incendiaires,

voleurs, homicides, mais l'homicide, le vol, l'incendie dans des conditions très diverses; ils se produisent chez des paralytiques, chez des épileptiques, chez des hystériques, chez des persécutés, chez des malades appartenant à toutes les formes de maladies mentales, mais ils ne constituent pas en eux-mêmes une maladie mentale spéciale méritant un nom distinct et séparé.

Il importe donc beaucoup, quand on fait de la pathologie générale de ne pas perdre de vue ce principe fondamental qu'on peut étudier dans la folie les éléments primordiaux du délire, mais qu'il ne faut jamais les séparer des autres éléments de la maladie, il faut toujours observer le malade dans son ensemble, dans ses précédents, dans l'époque actuelle et dans son avenir. Il faut faire un tableau d'ensemble et ne jamais se borner à l'étude d'un seul fait limité, isolé et exclusif.

Les phénomènes d'altération de la sensibilité doivent être étudiés surtout sous la forme qui est la forme la plus habituelle, c'est à dire sous la forme du changement de caractère. C'est ainsi que se manifestent surtout les troubles des sentiments et des penchants

chez les aliénés. Or ce changement de caractère est un des premiers phénomènes de maladie mentale. Toutes les fois que vous serez appelés à observer un aliéné, la première chose sera de demander à la famille ou au malade s'il n'a pas changé de caractère. C'est là le fait fondamental de l'aliénation, quelle que soit la forme du délire plus tard, qu'il devienne mélancolique ou maniaque, il commence par l'altération du caractère, le caractère est modifié, les malades ne sont plus les mêmes, ils sont changés, ils agissent autrement qu'ils n'agissaient autrefois. Des personnes tranquilles, modestes, réservées, rangées, deviennent tout à coup des hommes se livrant à des excès et prenant de mauvaises habitudes, faisant des excès de boisson, des excès de femme, ayant une vie irrégulière, une vie aventureuse, changeant complètement de mode d'existence. Or ce changement de caractère existe dans presque toutes les formes de la folie, aussi bien dans la forme dépressive que dans la forme excitée; il existe surtout dans la forme excitée mais on l'observe également chez les mélancoliques; ils cessent d'être eux-mêmes. Quand la mélancolie commence, ils s'isolent du monde extérieur, ils s'enferment chez eux,

ils vivent seuls, ils changent de logement, de domestiques, ils se déplacent, ils voyagent, ils trouvent en tout une cause de chagrin ou de malheur, peu à peu ils changent complètement de caractère. Au lieu de conserver l'amour, l'affection qu'ils avaient pour leurs parents, pour leurs amis, ils les prennent en grippe, ils prennent en haine les personnes qu'ils aimaient auparavant. Il y a là une transformation complète de caractère aussi bien chez les mélancoliques que chez les maniaques. Eh bien! ce changement de caractère qu'on observe au début de la folie on le retrouve également dans la période de convales=cence, au moment où la folie va guérir. Quand les malades arrivent à la guérison, c'est par le retour des sentiments et des affections que se manifeste surtout cette tendance à la guérison. La guérison n'est jamais sérieuse, la convalescence n'est pas légitime tant que le malade n'a pas repris ses sentiments affectueux: tel malade qui commence à aller mieux au point de vue intellectuel, dont les idées délirantes disparaissent, qui commence à ne plus croire à ses idées délirantes, n'est pas en voie de guérison, si en même temps il ne reconquiert pas le sentiment affectueux. C'est par la disparition

82.

des sentiments affectueux que la folie s'est caractérisée au début et c'est par la réapparition de ce sentiment affectueux que se caractérise la guérison. Tout malade, en voie de convalescence, commence à revenir aux sentiments de famille, il désire voir ses parents, ses amis, les personnes de sa famille, il redevient affectueux; et les malades eux-mêmes, les mélancoliques qui dans beaucoup de circonstances, affirment qu'ils ont perdu tout sentiment, qu'ils sont des monstres, qu'ils sont méprisables, qu'ils verraient mourir leur père et leur mère sans être affligés parceque leur cœur est éteint, est sec, ces malades qui constatent ces changements de sentiments, reconnaissent au moment de la guérison que ces sentiments commencent à renaître en eux, ils voient avec plaisir leurs parents, ils ont la satisfaction du cœur. C'est par le retour des sentiments affectueux que se caractérise la guérison, comme par leur suppression se manifeste la maladie. C'est donc bien plutôt dans les changements d'ensemble de la sensibilité qu'il faut chercher les lésions et l'altération mentale que dans certains penchants particuliers; au lieu de chercher certains caractères particuliers, l'amour, la vengeance, des sentiments

de jalousie, le penchant au meurtre, à l'incendie, au vol, il faut chercher ces altérations d'ensemble d'humeur ou de caractère, il faut se demander en quoi les malades diffèrent de ce qu'ils étaient eux-mêmes avant la maladie. Des individus gais sont devenus tristes, des individus rangés, réguliers dans leur vie sont devenus dissipateurs et se sont livrés à tous les excès; des individus très bons, très dévoués, ayant des sentiments excellents sont devenus durs et cruels. Il y a des transformations complètes dans la manière d'être, qui caractérisent essentiellement l'aliénation mentale. Nous aurons à insister sur les détails à propos de chaque forme particulière, mais j'ai voulu, dès le début, vous indiquer ces grandes lésions de la sensibilité qui sont un des premiers phénomènes à observer. Nous ferons la même étude à propos des facultés intellectuelles.

8

7e Leçon

21 Novembre 1876.

Messieurs,

Je vais continuer aujourd'hui l'étude des éléments de la pathologie générale de la folie. Dans la précédente séance, je vous ai parlé, sous une forme générale, des altérations, des lésions des sentiments, des instincts dans l'aliénation mentale envisagée en général, c'est-à-dire sans acceptation des formes particulières de la folie ; je vais aujourd'hui m'occuper de la même façon, sous une forme générale, des lésions des facultés intellectuelles.

Ces lésions des facultés intellectuelles ont

attiré l'attention beaucoup plus que celles des sentiments ou des affections. Les physiologistes, en général, se sont beaucoup plus occupé des lésions des facultés intellectuelles, dans l'aliénation mentale, que de ces facultés elles mêmes. L'étude des facultés intellectuelles a été pour ainsi dire réservée aux moralistes plutot qu'aux physiologistes proprement dits. Les psychologues, eux, ont surtout étudié l'intelligence. Cette étude est plus facile dans l'état normal ou pathologique. C'est sur ce point que l'attention a été fixée à toutes les époques.
Dans le monde ancien, parmi les auteurs qui ont écrit dans l'antiquité et au moyen-age, on a constaté les idées délirantes des aliénés, mais on s'est arrêté-là. Le signalement des aliénés, c'était : celui qui avait des idées délirantes. C'était tout à fait comme ceux qui de nos jours étudient sous une forme superficielle. On remarque des malades qui se croient rois, empereurs, qui se croient damnés ou bien ruinés et l'on se borne à noter ces faits regardés comme curieux ; des malades qui se croient de verre, qui pensent pouvoir franchir de grands espaces, qui craignent d'être brisés par le premier choc. Ceux qui font de la folie une étude

superficielle, se bornent à constater ces idées délirantes : c'est le point qui attire leur attention. D'autres, en France et à l'étranger, ont envisagé la folie à un autre point de vue ; citons, entre autres, M. Leuret, qui a exercé à Bicêtre et qui a fait un ouvrage sur ce sujet. Il a assimilé la folie à une erreur physiologique. Il a cru que les aliénés étaient capables de comprendre par le raisonnement, que l'aliénation pouvait être combattue par le raisonnement. Cette idée vient à tout le monde : on voit un aliéné qui délire, qui croit voir des ennemis, entendre des voix ; il est assez naturel et tout le monde emploie ce procédé de chercher à raisonner avec l'aliéné, de chercher à lui démontrer que son idée est fausse pour tâcher d'arriver à la détruire. C'est là un procédé dont l'idée arrive la première fois que l'on rencontre un aliéné. On se trouve en face d'idées fausses, basées sur des faits imaginaires ; il paraît tout naturel d'essayer de raisonner ; il semble, à première vue, que l'on peut combattre l'idée délirante comme on combat une idée erronée. En théorie, c'est très bien ; mais en réalité, c'est une erreur, une très grande erreur. Les idées délirantes ne sont qu'une manifestation saillante facilement appréhensible du trouble de l'intelligence.

et si on veut étudier certains aliénés, il faut aller plus loin ; il ne faut pas se contenter de constater qu'il a des idées délirantes, il faut voir l'état général de l'intelligence, de la totalité des fonctions intellectuelles ; il faut faire une étude complète de l'aliénation, il faut une étude d'ensemble plutôt qu'une étude des points saillants. C'est donc sur ce point principal, l'étude de l'intelligence, que nous allons appeler votre attention.

Il y a deux grandes formes dans l'aliénation pour les idées aussi bien que pour la sensibilité : les aliénés exaltés et les aliénés déprimés. Ce sont des faits fondamentaux. C'est là une première division : l'aliénation expansive et l'aliénation dépressive. De même que dans la précédente séance j'ai montré qu'il y avait dans la folie des cas où la sensibilité était exaltée et d'autres où elle était déprimée, les mêmes faits s'appliquent à l'intelligence ; il y a les aliénés dont les facultés sont surexcitées, qui ont un grand mouvement de pensées, et il y a des aliénés dont les facultés sont déprimées. Ce sont là deux grandes divisions des troubles de l'intelligence dans l'aliénation. Nous parlerons d'abord de la forme exaltée.

Il y a aussi un grand nombre d'aliénés qui présentent de l'exaltation continue, des malades ayant une exaltation maniaque, c'est une forme distincte; quelquefois, d'autres fois, c'est une simple période; souvent nous avons un état maniaque complet; il y a une période de simple exaltation; l'intelligence est sur=excitée. Cet état se présente comme un stade de la folie circulaire, ou à double forme, c'est la période pendant laquelle le malade est surexcité, sans arriver à l'incohérence. Cette excitation se présente aussi dans la paralysie chez les malades atteints de paralysie progressive qui ont d'abord une simple surexcitation; ces malades vivent encore dans le monde, ils conservent beaucoup d'apparences raisonnables, ils leur arrivent même quelquefois de faire fortune, de faire des découvertes ou du moins d'obtenir des résultats pratiques pendant la période de simple surexcitation des facultés. C'est donc un fait fréquent qui se présente dans plusieurs formes différentes de l'aliénation. Cette surexcitation de toutes les facultés a attiré l'attention de tous les auteurs qui ont traité de la folie. On trouve des exemples remarquables d'aliénés qui avaient un tel degré de surexcitation qu'ils avaient

l'apparence d'hommes de génie, d'hommes supérieurs, éminents; la foule et même les médecins ont été pris souvent à cette apparence de surexcitation qui simule une intelligence supérieure. Je dis qui simule parce que l'on a eu tort de confondre ces deux choses. Il est des aliénés qui sont tellement surexcités que tout le monde est surpris des résultats qu'ils produisent. Ces malades ont une mémoire excessive; ils se rappellent les faits de leur vie passée depuis leur plus tendre enfance; tous leurs souvenirs anciens se réveillent à la fois; ils peuvent réciter des passages tout entiers d'auteurs célèbres, quelquefois des volumes entiers. Ils ont une fécondité extraordinaire, une intelligence étonnante. On ne peut pas comprendre comment la maladie peut donner lieu à des tableaux si intéressants que ceux dont on est le témoin et que présentent ces aliénés. Dans tous les auteurs il y a des exemples de cette supériorité d'intelligence. Pinel a rapporté plusieurs interrogatoires dont les réponses étaient vraiment surprenantes. Esquirol a trouvé et constaté plusieurs cas de cette surexcitation extraordinaire. On pourrait ajouter grand nombre d'autres faits, aux faits déjà collectionnés, mais la plupart des auteurs

ont conclu de ces faits que la maladie pouvait développer des facultés tout à fait hors ligne, facultés qui n'existaient pas à l'état normal, facultés qui étaient presque un don de prophétie, que la maladie produisait artificiellement ce que la nature ne produit pas chez la plupart des hommes. C'est une exagération. La maladie fait surgir tout à coup un grand nombre d'idées accumulées depuis la naissance, mais elle ne crée rien de nouveau. Quand on étudie attentive=ment les malades en question, on voit qu'ils ont un très grand nombre d'idées, que ces idées pullulent, qu'il y a fermentation de toutes les idées anciennes qui renaissent à la fois, souvent dans un ordre parfait, sans incohérence, mais on peut constater que ce sont des idées anciennes, sans marque de création comme chez les hommes de génie, comme chez les poëtes, en un mot qu'ils ne sont pas créateurs, même dans la période de surexcitation. C'est une grande erreur de confondre les aliénés excités avec les hommes de génie; c'est un cas comme un autre: l'aliénation, dans cette surexcitation factice, ne produit rien; l'aliénation mentale n'est pas créatrice. Si on veut même chez les aliénés sténographier leurs paroles, prendre des notes, on arrivera, après la réunion de ces notes, à constater

qu'il n'y a rien de nouveau ; ce sont des réminiscences souvent anciennes, il n'y a pas de création réelle, de sorte que c'est une erreur de croire que, même dans les plus grandes surexcitations de leurs facultés, les aliénés puissent devenir des êtres créateurs.

Quoi qu'il en soit, cette surexcitation est remarquable : il y a des hommes qui, dans leur état normal, sont très ordinaires, et qui, pendant la période de surexcitation cérébrale, durant souvent plus d'un mois, arrivent à un degré tout à fait inattendu et tout à fait différent de celui auquel on était habitué. Ces hommes sont supérieurs à eux-mêmes ; la maladie leur donne comme un coup de fouet ; les personnes de connaissance sont très étonnées de les voir dans cette situation ; elles ne reconnaissent pas l'individu qu'elles connaissaient préalablement. A ce point de vue la maladie fait reconnaître des facultés qu'on n'avait pas constatées pendant l'état normal, mais ces facultés qui étaient endormies, la maladie les surexcite, elle ne les crée pas.

J'aurai à revenir sur ce sujet, à propos de la mémoire. Cette sensibilité s'applique à toutes les facultés pendant la période de surexcitation ;

toutes les facultés sont dans cet état de surexcitation. Ces malades, surtout dans la période d'activité, sont vraiment extraordinaires ; ils répètent des passages entiers d'auteurs classiques, ils se rappellent des faits insignifiants de leur vie antérieure aussi clairement que ceux mêmes de leur vie actuelle ; ils ont une mémoire vraiment extraordinaire, une facilité de répartie, une facilité de discussion, d'élocution vraiment très remarquable. Il y a certains hommes intelligents qui, pendant la période de surexcitation, paraissent des hommes très remarquables.

A côté de cet état de surexcitation, comme contraste, il faut placer l'état de dépression qui est la base de la plupart des formes mélancoliques. Dans cette forme, des malades ont conscience de leur état ; ces malades constatent un état différent de leur intelligence. Si vous les interrogez, si vous les questionnez, ils vous diront qu'ils ne sont plus ce qu'ils étaient autrefois, qu'ils ne sont plus capables de ce qu'ils faisaient jadis, qu'ils ne sont plus les mêmes. Ils vous diront même : il m'est impossible de penser, je suis paresseux, je n'ai plus d'idées en dehors d'un cercle restreint, je ne puis plus penser à rien, mon cerveau est tout à fait

incapable de réfléchir, je ne suis plus bon à rien. En effet, dans cet état de dépression, ce ne sont plus seulement des idées tristes, il y a surtout un état d'affaiblissement momentané; le mouvement intérieur est ralenti, quelquefois même il est complètement suspendu; on est comme dans la stupeur, comme dans une sorte de stupidité. Et même il n'y a pas seulement ralentissement dans les idées, mais le cercle même des idées est très rétréci; en dehors des idées mélancoliques les malades n'ont pour ainsi dire pas d'autres idées en 24 heures. La circulation des idées est tellement lente que c'est à peine si quelques idées surnagent sur un fond commun. Le médecin peut constater facilement ces faits sur les malades qui n'ont pas conscience de leur état; l'observation objective peut compléter, dans ce cas, les observations subjectives, le malade lui-même constate que le mouvement intellectuel est chez lui presque nul. L'observateur pourra constater le même fait par ses interrogations. La plupart des mélancoliques sont non seulement des êtres tristes, mais aussi des êtres indifférents dans lesquels le mouvement des idées est presque nul. L'affaissement de l'intelligence correspond à l'affaissement de la sensibilité et de toutes les facultés.

il y a dépression générale. C'est un fait dont il faut tenir grand compte. Il faut voir le fond de ce mouvement intellectuel ; c'est une observation générale, ce n'est pas une simple observation spéculative qu'il faut, c'est extrêmement utile au point de vue médical. Certains états de mélancolie sont constatés non seulement par le ralentissement du mouvement intellectuel, mais dans quelques-uns c'est simplement un affaissement ; il n'y a pas encore d'idées délirantes, ils n'en sont pas encore là ; ils sont tristes, il n'y a pas de détermination délirante, c'est ce que je vous montrerai plus tard. Il y a la mélancolie sans délire, c'est-à-dire un état général de tristesse, de ralentissement de l'intelligence ; ces faits sont connexes et constituent ce que mon père appelait le fond de la mélancolie. C'est un fond sur lequel viennent se développer les idées délirantes. Il ne faut pas que l'observateur néglige ce fond de la mélancolie. On a parlé des mélancoliques qui ont le _tædium vitæ_ ; ces mélancoliques qui aboutissent au suicide et qui n'ont pas d'idées délirantes, d'idées délirantes proprement dites, ils se tuent parce qu'ils ont le spleen ; cet état général d'ennui n'est pas autre chose qu'une

situation générale de l'intelligence et de la sensibilité, c'est le fond de la maladie qui se révèle sans qu'il y ait d'idées saillantes. Il faut donc constater cet état général.

Indépendamment de ce 2e. état général, il y en a un 3e. qui a été négligé, c'est l'état de la débilité, de la faiblesse, état qui s'applique à la plupart des formes chroniques de la folie. Les malades ne sont pas excités ni affaissés, mais c'est un état général de faiblesse, de débilité. Cet état a été décrit par Guislain dans son traité des maladies mentales; il a insisté sur le 3e. coté de l'état général de ces malades. Dans cette forme, ils ne sont ni mélancoliques ni maniaques, mais c'est un état d'indifférence, de nullité; l'individu a baissé de niveau. Le malade n'est plus ce qu'il était, pas même ce qu'il était pendant le commencement de la maladie; il est descendu de niveau, il est au-dessous de lui-même et du niveau général de l'humanité. Pour bien constater cet état, il faut procéder par les faits négatifs; il faut constater non seulement les idées délirantes, mais ce qui manque par comparaison à ce qu'était

le sujet ou à ce que sont les autres hommes. Or, dans la dernière séance, j'insistais sur ces divers points en montrant que les aliénés, au point de vue de la science diffèrent des autres hommes. Ils sont séparés du monde tout entier; l'aliéné n'est plus ce qu'il était précédemment, il a baissé de niveau, il est au-dessous de lui-même, il n'éprouve plus le besoin de penser; il a une crédulité pour ses propres idées, il ne veut rien croire de ce que tout le monde admet, il ne veut pas croire ce qu'on lui dit, et qu'il croit ce qu'il y a de plus invraisemblables. Il y a un ensemble de faits négatifs qu'il faudrait observer plus qu'on ne l'a fait.

Dans la folie, j'insiste sur ce point, il y a des idées délirantes déterminées, mais l'observateur doit insister sur l'état général de l'intelligence.

Après ces aperçus généraux, j'arrive à un 2e point de l'étude des facultés intellectuelles, c'est-à-dire les facultés spéciales, isolées. Les psychologistes ont abusé des facultés très nombreuses qu'ils divisent d'après des systèmes différents. Nous n'avons pas à entrer dans toutes ces discussions philosophiques. Nous parlerons seulement, au point de vue qui nous

occupe des facultés suivantes : la mémoire, l'asso-ciation des idées, la comparaison, la réflexion, la volonté, l'attention, le jugement et la conscience.

1°. La mémoire qui est la faculté la plus connue, la mémoire, comme toutes les facultés, peut être exaltée, déprimée ou pervertie ; l'exaltation de la mémoire rentre dans ce que je disais à propos de l'exaltation de toutes les facultés. Il y a des aliénés qui ont non seulement de la mémoire, mais une mémoire très surexcitée ; il y a des hommes très ordi-naires qui, pendant l'état d'excitation, acquièrent une mémoire tout à fait extraordinaire ; ils se rappellent tous les souvenirs de leur vie, même les choses les plus insignifiantes et qui paraissaient effacées à tout jamais de leur souvenir ; ils sont extraordinaires au point de vue de la mémoire. Il y a au contraire des aliénés chez lesquels la mémoire est affaiblie, est presque nulle. Ce caractère sert à distinguer certaines formes de maladies mentales ; dans la plupart il y en a qui la conservent dans les moments d'excitation. C'est une erreur de croire que les aliénés oublient soit les faits récents ou

les faits anciens ; la mémoire chez eux est en général conservée. Il faut prendre beaucoup de précautions quand on parle devant eux, parce que des aliénés qui paraissent inertes, qui paraissent tout à fait étrangers au monde extérieur, entendent cependant tout ce qu'on dit et sentent très bien quand il y a des choses blessantes pour eux, et plus tard, lorsqu'ils sont guéris, ils reprochent les paroles un peu dures qu'on aurait prononcées en leur présence. Il faut à ce sujet prendre beaucoup de précautions ; la plupart des aliénés comprennent très bien ce qu'on dit et se le rappellent parfaitement. La perte de la mémoire est chez les aliénés un fait exceptionnel. Les malades qui paraissent dans un état de stupeur n'ont pas cependant perdu la mémoire ; ils paraissent transformés en statues, et cependant la moquerie que l'on se permettra sera entendue, et ils se rappellent ce qu'ils ont entendu quelquefois d'une manière incomplète, mais il y a des faits qui restent profondément dans leur souvenir. D'un autre côté, la mémoire intérieure est assez développée même dans la forme de stupidité. M. Baillarger, qui a fait sur ce sujet un mémoire très intéressant, a collectionné beaucoup de faits de malades considérés comme stupides

et qui, après leur guérison, ont raconté ce qu'on avait dit lorsqu'ils étaient au milieu de leur délire intérieur qui était pour eux comme un rêve, comme un cauchemar pendant lequel ils étaient dominés par certaines idées comme la crainte de l'enfer, la peur de certains fantômes dont ils ont conservé le souvenir malgré l'apparence d'anéantissement de leur intelligence. De sorte que, même dans les formes qui paraissent le plus privées de mémoire, cette faculté ne fait généralement pas défaut. Cependant il y a quelques formes dans lesquelles on peut constater une perte ou une diminution marquée de la mémoire. Il y a d'abord la forme épileptique; cette forme entraîne presque toujours à sa suite la perte de la mémoire, la non connaissance de ce qui s'est passé non seulement pendant l'accès, mais même pendant les phases moins intenses. C'est un des caractères de la folie épileptique. La mémoire est presque toujours affaiblie dans la folie épileptique; elle est même souvent presque nulle. Il y a des accès d'épilepsie qui ne laissent presque jamais de trace dans la mémoire, et, fait curieux à noter, l'épilepsie est accompagnée presque toujours de lucidité; dans

le délire le malade paraît hors du monde extérieur, tandis que dans le délire épileptique le malade converse. Dans le delirium tremens, malgré une lucidité apparente dans les accès, il y a presque toujours perte du souvenir. Il y a là un grand contraste entre la conscience réelle pendant l'accès et la perte du souvenir après. Il y a une autre forme très intéressante, c'est la forme névropathique; cette forme est peu observée dans les asiles d'aliénés, mais on en trouve des exemples dans les auteurs et pendant les temps d'épidémie. Il y a des malades atteints de névrose hystérique, c'est-à-dire qui s'applique à tout le système nerveux, il y a des phénomènes maniaques, épileptiques, hystériques; eh bien! ces malades ont presque toujours la perte du souvenir après l'accès, ou du moins ils n'ont le souvenir qu'à un degré qui n'est pas en rapport avec les autres formes.

Si vous prenez un maniaque ordinaire qui se rappelle presque tout, et si vous mettez en parallèle avec lui un malade atteint de névrose, ils ne se ressemblent en rien au point de vue du souvenir. Surtout lorsqu'il s'agit du somnambulisme, une fois l'accès terminé, le malade ne se rappelle plus rien, absolument rien. Les

109

exemples de double vue sont plus curieux encore. Il y a des observations encore assez peu nombreuses, il est vrai, dans lesquelles la double vue a été constatée. M. M...., Médecin de Saint-Antoine, dans les archives de médecine, raconte qu'il y a 20 ans il trouva un malade qui avait une double vue existant pendant l'accès. Le malade se rappelait tout ce qu'il s'était rappelé pendant l'accès précédent, même des tentatives de suicide, et il se rappelait le tout avec tous les accessoires, rien ne lui échappait quand lui venait un nouvel accès. Mais pendant l'état normal il reprenait la mémoire normale, mais il avait complètement perdu le souvenir de ce qui s'était passé pendant les accès. Il y a comme deux existences, et la mémoire de l'une de ces existences est séparée de la mémoire de l'autre. Dans la Revue des cours publiés cette année, j'ai observé quelque chose d'encore plus extraordinaire : c'était l'observation de double vie, de double existence dans ce malade hystérique ; la mémoire ne s'appliquait qu'aux crises et pas aux intervalles ; il y avait la mémoire des crises et la mémoire du retour à la santé. Il y a eu des observations publiques par M. Castagne, de Bordeaux. Ce sont là

peut-être des anomalies, mais ce sont des faits qu'il est bon de connaître. Ils ne se rencontrent pas dans l'alié:=:nation mentale proprement dite, c'est seulement dans les névroses extraordinaires; dans la folie, au contraire, la mémoire est ou exaltée ou simplement déprimée; quant à la perversion de la mémoire, c'est beaucoup plus rare.

Comme exemple de perte de la mémoire il faut citer la démence. Toutes les fois que la dépression intel:=:lectuelle commence, la mémoire faiblit peu à peu; elle faiblit de plus en plus; cet affaiblissement est surtout marquant dans les affections cérébrales, dans la démence due à l'amaurose ou dans la démence à forme chronique. Les malades ont perdu la mémoire non seulement générale, mais encore celle des dates, des personnes les plus connues autrefois par eux; la mémoire est presque nulle. Dans certaines formes d'affection cérébrale, dans la démence conséquente, la perte de la mémoire est beaucoup moins complète.

J'aurais à insister sur ce point sur la lésion partielle de la mémoire, mais ces choses ne sont pas du domaine de l'aliénation mentale. Elles ont été très étudiées à l'occasion de l'aphasie, perte de la parole

mais cela rentre plutôt dans la pathologie cérébrale. Cependant il y a des faits curieux à noter : quelquefois les malades oublient les substantifs, quelquefois seulement les adjectifs, quelquefois les noms des personnes ; il y en a qui quelquefois oublient leur propre nom ; dans plusieurs ouvrages vous trouverez des exemples très intéressants de la perte partielle de la mémoire. Circonstance remarquable dans les faits d'aphasie ou perte de la parole, il y a amnésie verbale ; on oublie les mots ou la signification des mots ; les malades disent : chapeau au lieu de mouchoir, etc. Il ne reste plus au malade qu'un vocable très restreint. Quelques malades ne peuvent plus prononcer que : oui, Monsieur, Madame, ou quelquefois le nombre trois. Il y a un fait curieux où le malade ne pouvait dire que deux syllabes. En dehors de ce cercle, il lui était impossible de se rappeler aucun mot. Il y a tous les degrés possibles de l'amnésie partielle. On n'en trouve pas d'exemple dans la folie proprement dite. Alors c'est une affection cérébrale qui n'est pas de la pathologie mentale ; c'est une atrophie, ou bien une lésion du cerveau.

Mais dans l'aliénation mentale, la mémoire

baisse d'une manière générale, mais pas d'une manière aussi localisée.

Après la mémoire, c'est l'association des idées. Est-ce une faculté spéciale ou l'expression d'une loi de l'intelligence ? Peu importe. Les idées s'associent dans l'intelligence humaine d'après certaines lois déjà bien étudiées par Aristote. Elle consiste dans la succession des semblables, dans la succession des causes à l'effet, des consonnances ; il y a des lois très complètes. Or ces lois qui gouvernent l'homme à l'état normal existent pour les aliénés. C'est une erreur de croire que les aliénés ont des idées incohérentes ; les associations d'idées conservent tous leurs droits même chez les maniaques. Un observateur attentif constate que chez eux les idées se succèdent de la même manière que chez les personnes raisonnables, mais beaucoup plus vite. Il est impossible à l'observateur de suivre le chaînon de ces idées. Le maniaque saute par-dessus certains chaînons de manière à dérouter et à faire croire qu'il ne garde pas l'ordre des idées. A propos d'une personne il parlera de son délire ; il reviendra sur son délire sur cette personne : il continue la série de son délire d'après les lois habituelles

de l'association des idées. L'association des idées conserve donc ses lois même chez les aliénés. Cependant il y a des cas de folie chronique dans lesquels l'incohérence est à peu près complète ; c'est la folie chronique avec incohérence ; on en trouve des cas dans les annales médicales. On a quelquefois pris péniblement des notes, sténographié les paroles prononcées par certains malades : impossible d'y trouver aucune liaison, aucun enchaînement. Dans certaines maladies, les malades ont une loquacité qui ne paraît pas rattachée par aucun lien. Mais ce fait est très exceptionnel. Il faut arriver à des cas de démence très anciens pour la rencontrer. Cependant dans le délire des maladies aiguës, dans l'état des maniaques suraigus, il y a une incohérence très rapide de pensées ; ils arrivent à un tel degré d'incohérence qu'il est impossible de suivre le lien, la chaîne qui peut rattacher ces pensées entre elles. Il y a vraiment incohérence, mais c'est un fait exceptionnel. Ce serait une erreur de croire le contraire. Cette même erreur existe dans l'opinion publique pour ce raisonnement au sujet des aliénés. On croit généra= =lement que les aliénés déraisonnent. Mais ce mot de déraisonner a deux sens : il s'applique à la raison et

au raisonnement. Les aliénés sont privés de raison, mais ils ne sont pas privés de raisonnement. Dans les aliénés le raisonnement est très bon, mais les aliénés partent de prémisses fausses; ils raisonnent quelquefois mieux que certains hommes à l'état normal. On a dit que les aliénés étaient les plus terribles des logiciens; dès que vous leur donnez un point de départ, il faut qu'ils en déduisent les conséquences. La faculté de raisonnabilité n'est que comme le mécanisme de l'intelligence humaine. Ces lois ont été très étudiées par Aristote: il y a le syllogisme, la déduction ou l'induction. Il faut s'élever d'une idée particulière à l'idée générale, ou bien, des idées générales descendre aux idées particulières. Dans le syllogisme, les prémisses renferment les conséquences. Ces lois de l'intelligence se retrouvent dans les aliénés, même chez les maniaques. Si l'on veut se donner la peine d'observer les maniaques qui délirent, je parle de ceux qui ont un simple délire, on assiste à des manifestations de délire étonnantes par la multiplicité des idées qui se choquent; mais on arrive à voir qu'il y a un lien caché entre toutes ces idées, que les malades ne délirent pas autant qu'on était tenté de le croire, qu'il y a plus de

vien entre leurs idées qu'on ne le supposait d'abord.
Ils procèdent souvent par la loi de l'association des
idées, très souvent par raisonnement. Ils tirent les
conséquences de leurs idées délirantes; ils croient entrevoir
une figure, ils croient la voir apparaître, ils lui parlent,
ils entraînent toutes ces idées; ils prêtent à cette figure
un certain langage et ils lui répondent; toutes les idées
se suivent. Il y a donc là une loi de l'état maniaque.
Donc la mémoire, l'association des idées et le raisonnement
ne sont pas atteints généralement dans les maladies
mentales; ces facultés si importantes sont rarement
lésées. Qu'est-ce qui est donc lésé dans les maladies
mentales? Ce sont les facultés plus générales, la faculté
du jugement, du raisonnement, de la réflexion, de la compa=
=raison; ce sont les facultés les plus élevées. Mais
l'observation devient ici bien plus difficile, parce que s'il
est permis à tout le monde d'observer l'état de telle ou
telle faculté, il est plus difficile d'observer les restes de
facultés d'ensemble. Mais ce sont là les véritables facultés
supérieures, celles qui distinguent l'homme des animaux,
celles qui distinguent les hommes supérieurs. Les grandes
facultés sont comme les dominantes de l'intelligence, et

ce sont ces facultés qui sont atteintes dans l'aliénation mentale.

Il faut procéder encore ici par l'observation des faits négatifs; il faut se demander ce que font ou ce que ne font pas dans une situation donnée les hommes non aliénés; il faut voir comment l'aliéné dans ces situations agit autrement que les autres hommes. C'est là l'observation des faits négatifs, celle qui peut faire constater les lésions qui existent chez eux, les aliénés sont en dehors du sens commun, des voies naturelles de l'humanité; ils sont étrangers aux conditions extérieures, ils sont en contradiction avec les idées reçues, avec ce qui a été constaté dans le fond commun de la vie de l'humanité; c'est par ce côté négatif que l'on peut constater l'aliénation même dans les cas les plus difficiles. Par ce procédé on arrive beaucoup plus sûrement que par la constatation des faits positifs. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet, sur le fait constant de la lésion des facultés supérieures de la raison et du raisonnement dans l'aliénation mentale.

Après ces facultés premières viennent d'autres facultés que l'on a quelquefois négligé d'étudier chez les aliénés: d'abord, la volonté. Nous ne la considérons pas seule mais comme un simple résultat de plusieurs facultés.

D'après Gall, la volonté ne serait qu'une aptitude de toutes les facultés à participer à l'action, à l'activité. Or, de même qu'on l'a dit pour l'attention, la volonté n'est qu'une application à son objet. On veut, on regarde; on regarde sans voir, où l'on voit sans regarder. Ce qui est vrai des sens l'est aussi des facultés. La volonté a pour essence de s'appliquer à son objet; on a dit: la volonté est l'application de chaque faculté; par conséquent la volonté de l'homme est le résultat de toutes les activités partielles. Il est l'ensemble des facultés. Les facultés isolées convergent vers un but commun; la volonté ne serait que le résultat de ces activités partielles. Ceci n'est pas réel. On constate qu'il y a une force qui permet de vouloir en dehors de telle ou telle faculté spéciale; mais ceci est un problème de métaphysique et dans lequel il est inutile d'entrer; mais ce qu'il y a de certain, c'est que la volonté est une force. Dans les aliénés cette force est surexcitée ou affaiblie; il y a lésion de volonté en plus ou en moins; en plus, c'est une concentration permanente de l'intelligence sur un ou plusieurs objets. Esquirol dit que cette aliénation résulte de l'attention par excès. L'attention du malade ne pouvant pas se porter sur un autre objet,

il y a sur celui qui est exagération de volonté. Dans d'autres cas, c'est comme un instinct violent ; le malade casse, brise, déchire, renverse les obstacles, lutte contre ses gardiens, s'attaque aux objets animés et inanimés. Il y a une exagération d'activité de la volonté. Dans d'autres cas, au contraire, il y a lésion par défaut. C'est ce qui arrive dans les mélancoliques. Billod a fait un mémoire intéressant sur l'état de la volonté dans la mélancolie. Certains malades constatent eux-mêmes qu'ils n'ont plus de volonté. Ils restent assis sur un fauteuil sans aucun mouvement ; ils n'ont pas la force de se déplacer. Ces malades sont atteints d'une véritable lésion de la volonté ; ils ne peuvent pas vouloir. Quelquefois ils ont des intentions de volonté, mais ils ne peuvent pas passer aux actes. Ces faits existent dans la plupart des mélancoliques. C'est pourquoi ils ne parlent pas, ils restent immobiles dans la même attitude, ils ne se livrent à aucun mouvement, ils ne prononcent aucune parole, ne font aucune action. Je reviendrai sur ces différents faits.

A côté de la volonté se place le libre arbitre, c'est-à-dire la liberté humaine ; la faculté de se déterminer volontairement. Tous ont reconnu que le libre arbitre était

atteinte chez les aliénés. On a défini la folie une privation de liberté morale. C'est un cercle vicieux, car on ne peut pas constater la privation; on ne peut constater que la perte de la raison, mais on ne peut constater la perte de la liberté morale; c'est donc un cercle vicieux. Le fait est admis par tout le monde et il est la base de toutes les discussions médico légales. Ce principe a toujours été admis autrefois, aussi bien par les magistrats que par les aliénistes; par cela même qu'on était aliéné on était reconnu comme privé de libre arbitre. Ces deux faits étaient admis comme ayant une connexion inséparable. Dans ces dernières années il s'est produit en divers pays, en France et à l'étranger, une doctrine parallèle qui est très dangereuse au point de vue légal: c'est la privation seulement partielle du libre arbitre. On a admis que, dans certaines folies, le libre arbitre n'était pas complètement détruit, et que, dans quelques folies il était possible par là même de faire une part à la responsabilité. Cette doctrine est très dangereuse, et elle a donné lieu à bien des discussions. Les arguments pour et contre ont été résumés dans l'ouvrage de Maudsley, écrit qui a été traduit: Sur le crime et la folie. Vous trouverez là un exposé

complet de cette question. On ne peut pas imaginer à priori à quelles conséquences a conduit cette doctrine. Les conséquences qui en ont découlé ont été énormes dans la législation anglaise. Cette doctrine a été admise dans la législation à partir de 1801, époque où le roi Georges III a failli être assassiné, et elle a parcouru toutes les étapes possibles que peut parcourir une doctrine; elle a provoqué dans la législation anglaise toutes les études possibles. On s'en est emparé, on s'en est armé comme moyen de discussion, de distinction entre le bien et le mal. On a admis que l'aliéné, quand il peut dire que l'action est mauvaise, est responsable de son acte. Cette théorie est absolument fausse en fait, attendu que presque tous les aliénés savent parfaitement quand ils agissent s'ils font bien ou mal. Ils ont le discernement du bien et du mal, seulement ils sont entraînés par la maladie, ils sont entraînés par des idées morbides. Ce criterium est très dangereux. Un autre criterium est celui qui consiste à distinguer si l'acte incriminé est de la sphère des idées délirantes. Si l'aliéné tue quelqu'un pour se débarrasser d'une idée imaginaire il n'est pas responsable; mais s'il tue pour un motif ordinaire bien déterminé et souvent

criminel, alors il est responsable parce que cet acte n'est plus dans la catégorie de ces idées délirantes. C'est la doctrine de la monomanie mais très mal comprise. Cette doctrine est une erreur, il faut ranger la monomanie dans la même classe que la folie. On part de cette idée que l'aliéné conserve toute son intelligence saine sous tous les autres rapports. C'est le contraire de ce que je cherche à vous démontrer. L'idée fausse, chez les aliénés, est le produit d'un état général de trouble et pas du tout une seule idée erronée dans une intelligence saine sous tous les autres rapports. Quand l'aliéné croit avoir un ennemi, il le tue non pas seulement parce qu'il a cette idée, mais parce que son intelligence est troublée bien plus qu'on ne le croit. Il ne nous est pas possible de faire dans une intelligence troublée la part de la folie. Il n'est pas possible de déterminer que tel acte est étranger à la sphère délirante. Cette prétention de mesurer avec un phrénomètre, de mesurer la puissance de résistance, de faire une sorte de statistique pour compter les idées, comme dans la mécanique physique on compte les rouages, est impossible. Dans l'état maniaque il y a un état de trouble général où l'aliéné se trouve, il y a un désordre général dans ses idées, un trouble qui

les atteint toutes et dans lequel il n'est pas possible de mesurer exactement l'intensité de chaque mobile d'action ; il n'est pas possible de savoir si le résultat doit être attribué à telle idée en particulier. C'est une prétention exagérée de vouloir mesurer l'intensité des impressions et la force de la résistance / Les médecins qui ont soutenu cette doctrine, et ils sont nombreux, n'ont pas compris qu'il y a des éléments d'impression, mais qu'il n'y a pas de résistance, ou que la résistance est très affaiblie. Cela arrive même quand on est simplement malade. Alors que l'impression ne serait pas plus forte que chez les hommes à l'état sain, chez les aliénés la force de résistance n'existe pas. L'aliéné ne peut rien contre ; il y a une force irrésistible d'impulsion ; il est enchaîné ; sa volonté est enchaînée, elle est presque nulle. En supposant même quelque force de résistance, le résultat est presque inévitable : l'aliéné est entraîné fatalement par ses idées ; sa force de résistance est presque nulle. C'est une véritable injustice de vouloir qu'il existe une responsabilité ; il n'y a qu'un seul critérium possible : ou l'accusé était malade ou il ne l'était pas ; s'il était sain d'esprit, condamnez-le ; s'il était malade, donnez-lui l'absolution pour son crime,

attendu qu'il ne pourrait pas puiser en lui-même une intensité suffisante de répulsion. C'est une chose qui est du domaine de la justice divine de savoir si l'aliéné avait la possibilité de résister. Cette théorie est très dangereuse et injuste. Elle est entrée dans la législation anglaise; la législation anglaise l'a consacrée par des actes publics, tandis qu'en Angleterre on commence à comprendre les dangers de cette théorie et à revenir peu à peu à la doctrine généralement admise en France et consacrée par le code civil: c'est-à-dire: l'individu était-il sain d'esprit, oui ou non? Et nous autres, au contraire, qui avons cette doctrine dans le code, dans la législation, nous tendons vers la responsabilité partielle et nous voyons devant les tribunaux les premiers législateurs admettre dans certains cas que l'aliéné était responsable dans une certaine mesure. C'est très étrange que, pendant que l'Angleterre marche dans un sens, nous allons dans l'autre.

6e Leçon

2 Décembre 1876.

Messieurs,

Dans l'ordre que j'ai adopté pour l'exposé des symptômes des maladies mentales envisagées en général, j'en suis arrivé aujourd'hui à l'étude des symptômes physiques. Nous avons jusqu'à présent étudié trois ordres de symptômes dans les maladies mentales: les lésions de la sensibilité morale, les lésions des sentiments des penchants et des facultés intellectuelles, et les lésions des sensations connues sous le nom d'illusion et d'hallucination. Nous arrivons aujourd'hui à l'étude des symptômes physiques dans les diverses fonctions

de l'organisme. Ces symptômes ont été notés à diverses époques dans les observations qui ont été publiées sur la folie; mais ils ont été peu coordonnés, on les a peu étudiés dans leur ensemble et dans le degré d'observation particulière qui leur convient. On a signalé un certain nombre de symptômes physiques pour ainsi dire en passant, d'une manière extraordinaire, comme accidentelle; mais on n'a pas étudié généralement ces phénomènes dans leur ensemble.

Pour les étudier dans leur ensemble il faut adopter une division toute naturelle, qui repose sur l'observation générale de tout le système nerveux: la sensibilité physique, la motilité, les fonctions organiques dans les diverses formes d'aliénation mentale. Je commencerai donc par la sensibilité physique.

La sensibilité physique est souvent appelée également la sensibilité générale. Ces deux mots ne sont pas absolument synonymes; mais au point de vue de la pathologie mentale ces deux formes de la sensibilité se touchent de si près qu'elles sont presque identiques.

Nous avons d'abord à étudier les lésions de

la sensibilité générale sous leurs deux formes les plus générales qui correspondent aux circonstances que nous avons également étudiées dans la sensibilité morale et dans l'intelligence. Je vous ai dit qu'il y avait deux grandes formes principales de la sensibilité morale, la forme expansive et la forme dépressive. Eh bien, cette expansion, cette dépression que nous avons constatées d'une manière générale dans le domaine de l'intelligence nous les retrouvons également lorsqu'il s'agit d'étudier la sensibilité physique. Les aliénés peuvent présenter deux grandes formes de la sensibilité physique, la forme exaltée, l'expansion chez les uns, chez les autres au contraire la dépression, la forme affaissée, anéantie.
Il y a donc pour tous les ordres de fonctions physiques le même parallèle, la même opposition que nous avons étudié précédemment. La sensibilité physique peut être exaltée, surtout dans les formes expansives, dans la manie, dans la paralysie générale, dans la folie à double forme, en un mot dans toutes les formes de l'exaltation. Cette exaltation de la sensibilité physique se manifeste surtout sous la forme du bien-être, d'un état de satisfaction générale, que le malade constate lui-même.

Les malades déclarent eux-mêmes qu'ils ne se sont jamais aussi bien portés, qu'ils sentent leurs forces augmenter, qu'ils sont capables de se livrer à de grands travaux, à de pénibles exercices sans fatigue, sans éprouver le sentiment de la lassitude. Il y a là un état général d'excitation qui se manifeste aussi bien dans le domaine physique que dans le domaine mental. Ces deux faits se correspondent exactement dans les mêmes formes et pour les mêmes périodes des maladies mentales. Il y a, en effet, beaucoup de malades qui accusent ce sentiment de bien-être. Nous l'observons au plus haut degré dans les périodes d'excitation, dans les périodes prodromiques de la paralysie générale. Les malades ont un sentiment de bien-être extrêmement développé; ils ne se sont jamais si bien portés; ils sont heureux de vivre, ils nagent dans un océan de bonheur; ils exagèrent même jusqu'au suprême degré cet état de bien-être, de surexcitation physique. Ce même état à divers degrés s'observe dans la manie et surtout dans les prodrômes de ses diverses formes. On l'observe dans certaines folies liées à des névroses hystériques, épileptiques, dans l'extase, dans le somnambulisme, dans les névroses complexes. C'est donc un fait général

qu'il importe de noter comme base de beaucoup de conceptions délirantes.

Par opposition, je trouve un phénomène inverse qui est la base de toutes les formes mélancoliques ou hypocondriaques de l'aliénation mentale. Vous savez que dans l'hypocondrie les malades éprouvent un sentiment de malaise qui est la base de toutes leurs préoccupations hypocondriaques, qu'ils s'effraient sans savoir pourquoi, qu'ils ne sont que des êtres souffrants, qu'ils sont en quelque sorte des multiplicateurs de la douleur, des sensitives humaines.

La sensibilité, chez eux, est tellement altérée dans le sens de la douleur que c'est la base fondamentale de toutes leurs préoccupations délirantes. Que les malades soient simplement atteints d'hypocondrie, c'est-à-dire d'une maladie nerveuse, ou de mélancolie, le sentiment général de malaise, d'anxiété, de souffrance existe aussi bien dans une forme que dans l'autre. Seulement dans l'hypocondrie simple, ce sentiment se manifeste par la préoccupation d'une maladie grave; le malade se sent très mal à son aise, dans une anxiété extrêmement pénible; il croit être atteint d'une maladie grave; il rapporte cette maladie

129

tantôt au cœur, tantôt au poumon. L'hypocondrie a donc pour base une maladie imaginaire, une maladie nerveuse, ayant pour base un état nerveux de malaise et d'anxiété de la sensibilité générale. Ce même phénomène existe dans la plupart des mélancoliques; mais au lieu des préoccupations des formes relatives aux sens, ce sont des influences nuisibles, fâcheuses, des ennemis cachés qui ont déterminé cet état de malaise, d'anxiété. Ils attribuent chacun à des causes différentes ce phénomène fondamental des lésions de la sensibilité. Il ne faut donc pas perdre de vue, quand on étudie l'hypocondrie et la mélancolie, ce phénomène initial, la lésion générale de la sensibilité physique.

A côté de ces deux ordres de lésions il y en a un troisième, c'est la sensibilité pervertie. Il y a dans beaucoup de formes de maladies mentales des lésions qui ne sont ni en plus ni en moins, mais de véritables perversions de phénomènes, des perturbations nerveuses. Ces perturbations méritent d'être étudiées avec soin, car elles sont la base de beaucoup de phénomènes délirants chez les aliénés. Il y a deux ans, la Société médico-psychologique avait donné pour sujet de prix les relations qui peuvent

exister entre les lésions de la sensibilité générale et les phénomènes délirants dans la mélancolie, l'hypocondrie, et le délire de persécution. Le concours, qui a été assez remarquable, a donné naissance à 6 mémoires dont deux sont déjà publiés. Ces mémoires ont étudié avec beaucoup de soin les rapports qui peuvent exister entre les troubles de la sensibilité générale et les phénomènes du délire. Il y a là beaucoup d'éléments pour l'étude de cette question importante.

Les aliénés éprouvent donc beaucoup plus de douleurs par suite de perversion de la sensibilité qu'on ne l'imagine à première vue. Lorsqu'on étudie les aliénés superficiellement, on croit qu'ils sont surtout atteints de conceptions délirantes. On les étudie au point de vue psychique et on laisse complètement dans l'ombre l'étude des phénomènes physiques. Mais quand on les étudie à la fois au point de vue psychique et au point de vue physique, on découvre un grand nombre de phénomènes physiques très-intéressants qui sont la base de beaucoup de délires. Ces phénomènes existent surtout dans les premiers temps de la période aiguë, pendant l'incubation prodromique; c'est dans les premiers mois de la folie qu'on

peut les observer. Plusieurs auteurs en ont fait l'objet d'une étude attentive. En France d'abord Moreau les a étudiés; en Allemagne l'école
représentée surtout par Jacoby, a étudié d'une manière particulière ces lésions de la sensibilité physique. Nous avons donc dans la science un grand nombre de discussions déjà accumulées sur ce sujet.

Les aliénés éprouvent dans les différentes formes de l'aliénation beaucoup de phénomènes physiques qu'il faut passer en revue. Nous avons d'abord les céphalalgies, les douleurs de tête qui sont très-fréquentes, surtout au début de la folie. C'est un phénomène de sensibilité altérée. La céphalalgie revêt des caractères différents; tantôt elle est frontale, tantôt occipitale; tantôt elle prend la forme d'une pesanteur de tête; tantôt au contraire c'est une douleur très aiguë comme dans les névralgies. On observe chez les aliénés un grand nombre de céphalalgies variées.

Indépendamment de cette première forme il y en a d'autres. Nous avons l'anxiété précordiale. Beaucoup d'aliénés surtout dans les formes mélancoliques ou hypocondriaques éprouvent à la région de l'épigastre une sensation, une compression extrêmement douloureuse d'anxiété. Ce phénomène existe dans

beaucoup de formes de la mélancolie. Il peut être rémittent ou intermittent. Il y a des cas où le phénomène ne se produit qu'au moment où se produisent les accès de folie. Il y a beaucoup de malades qui accusent ce phénomène d'une grande anxiété et qui lui attribuent la plupart des phénomènes qu'ils éprouvent. Cette anxiété peut durer pendant tout l'accès; ils éprouvent ce sentiment de compression à la région péricardiaque et lorsque ces malades guérissent, ils sont soulagés comme par enchantement par la disparition de ce phénomène. Il est donc en rapport avec l'état d'aliénation mélancolique.

Indépendamment de ce phénomène très important, il y a tous les genres de vertiges sur lesquels il importe également d'insister. Les vertiges constituent également une perversion toute spéciale de la sensibilité physique. Ils existent non-seulement dans les formes de la perturbation hystérique ou apoplectique, mais encore dans beaucoup de mélancolies et d'hypocondries. Il y a un vertige qui a des analogies avec le vertige stomacal et qui souvent est tout à fait indépendant des phénomènes digestifs. Il y a même un fait sur lequel M. Lasègue insiste plus que sur tout autre. Il a souvent interrogé des

aliénés au début de leur maladie ou leurs parents.
Dans la plupart des formes de maladies mentales il y a un vertige initial, sorte de phénomène physique cérébral qui coïncide avec l'invasion de la production de la folie.
Lorsqu'on recherche attentivement dans les antécédents des aliénés, on arrive à constater qu'en effet il y a un moment qu'on peut déterminer où le malade a dû éprouver comme un ictus, un vertige initial qui peut être considéré comme le véritable point de départ de l'invasion de la maladie.
Il y a des phénomènes prodrômiques, mais le vertige marque en quelque sorte la date précise de l'invasion.

Indépendamment de ces phénomènes qui sont des plus marquants, il y en a d'autres dans toutes les parties de l'organisme. Les médecins allemands ont étudié avec beaucoup de soin les phénomènes névralgiques qui existent dans diverses parties du corps: névralgies de la poitrine, névralgies de l'abdomen, dans la région des ovaires ou de l'uterus. Tous ces phénomènes existent dans diverses formes des maladies mentales.
Plusieurs auteurs, particulièrement un médecin de

ont fait des travaux sur ces folies névralgiques, c'est-à-dire sur le rapport qui peut exister entre certaines névralgies

et certaines formes des maladies mentales. Ce fait a servi de base non-seulement aux pronostics et aux diagnostics, mais même au traitement, car c'est en se basant sur tous ces phénomènes qu'on est arrivé à instituer depuis une vingtaine d'années le traitement de certaines formes de la folie par des injections de morphine portées à des degrés excessifs. On a fait dans le duché de Bade des expériences qui ont été poussées à un point qu'on ne peut pas imaginer. On injectait des doses de chlorhydrate de morphine de 30, 35, 45 centigrammes, un gramme et même plus; on détermine des vomissements et un état presque toxique qu'on prolonge avec une persévérance extraordinaire; le malade arrive à un degré d'émaciation extrême; on le met dans certaines circonstances entre la vie et la mort; mais on a cité un assez grand nombre de faits de guérison, lorsqu'on a le courage et la volonté de pousser aussi loin un traitement qui peut avoir son danger. Auguste a suivi la même voie et il est arrivé à des résultats très-intéressants qu'il a publiés dans le Bulletin thérapeutique. Le traitement par la morphine a été la constatation des rapports des névralgies avec les

maladies mentales. J'aurai à revenir sur ces diverses névralgies à propos des formes de la mélancolie.

Il y a d'autres perversions nerveuses qui sont plus vagues, qui existent très-fréquemment, mais moins faciles à classer. Les malades éprouvent des sensations absolument semblables à celles des hypocondriaques, des sensations de perversions nerveuses qui sont très-souvent la base de leurs conceptions délirantes; il y a là un rapport constaté entre l'aliénation et la sensibilité. C'est en vertu de ces sensations difficiles à décrire que le malade arrive à l'idée qu'il a dans le corps des animaux, des araignées, des insectes, des serpents, ou bien qu'il a le diable dans le corps. Ce sont ces diverses formes qui ont été la base de beaucoup de monomanies au moyen-âge. D'autres malades arrivent à se croire transformés en loups; d'autres enfin pensent avoir dans le corps des réunions d'individus, des personnages; à de certains états chroniques il y a à cet égard des conceptions délirantes extrêmement variées qui reposent sur ces sensations nerveuses perverties; beaucoup de délires chroniques reposent sur cette altération de la sensibilité physique.

Il y a dans tous les auteurs des observations

très-nombreuses à l'appui de cette donnée générale. Certains malades ont même indépendamment de ces phénomènes nerveux des altérations organiques, par exemple, des cancers, des polypes. Mais ces lésions donnent lieu à des douleurs lancinantes, et bien des malades, au lieu d'interpréter ces faits comme des douleurs naturelles expliquées par la maladie, attribuent ces phénomènes aux influences mystérieuses dont ils se croient les victimes; ils se disent ensorcelés, possédés du diable, persécutés par les jésuites. Par conséquent, ces phénomènes physiques entrent dans la série des conceptions délirantes qui sont si nombreuses chez les aliénés sous le nom d'interprétations délirantes ou d'illusions de la sensibilité générale. Les malades s'imaginent avoir dans le corps des influences très-variées, avoir été empoisonnés, influencés de mille manières. Ils s'imaginent tous ces faits en vertu de sensations réelles; ce n'est pas une simple conception délirante; c'est une conception délirante qui repose sur une lésion de la sensibilité. Il y a donc là un phénomène physique en même temps que mental.

Ceci existe également dans d'autres cas de la

folie où il y a transformation de la personnalité soit en totalité soit en partie ; il y a des malades qui se croient changés en vers de terre, d'autres en animaux plus gros, en loups, par exemple ; c'est ce qu'on appelle la lycanthropie. D'autres s'imaginent être plus légers ou plus lourds ; les uns croient être enlevés dans les airs, d'autres au contraire immobilisés, incapables de se mouvoir, de bouger de place. Tous ces phénomènes, qui sont souvent fréquents dans les rêves, peuvent exister également dans certaines formes des maladies mentales. Ces conceptions ont presque toujours pour base une lésion de la sensibilité générale.

Il en est de même des délires de la personnalité, encore plus prononcés, qui consistent à faire croire au malade qu'il n'est plus lui-même, qu'il est mort, que son corps est transformé et qu'il est devenu un autre personnage, un autre individu. Il y a dans la science un grand nombre d'exemples de malades qui déclarent avoir plusieurs corps, qu'ils ne sont pas ici, que leur corps a cessé d'exister, qu'il est mort et qu'un autre corps a remplacé le premier. M. rapporte entre autres l'histoire du père Lambert,

histoire très-connue, dans laquelle le malade s'imaginait avoir été tué à la bataille d'Austerlitz. Ce malade disait: "Ce que vous voyez ce n'est plus le père Lambert; il y a longtemps qu'il est mort; c'est une machine qu'on a faite à son image et qui est bien malade, car elle fonctionne très-mal." Ce fait a beaucoup d'analogues; ils reposent presque toujours sur des transformations de la sensibilité physique.

Il y a des malades qui se croient changés en une autre personne; ils parlent d'eux-mêmes à la 3e personne. Au lieu de dire: Je fais ceci; ils disent: Il fait ceci, en parlant d'eux-mêmes à la troisième personne. Il y a de nombreux délires de la personnalité qui presque tous ont pour base une lésion de la sensibilité générale.

Il ne faudrait pas cependant généraliser outre mesure; il y a beaucoup de faits qui tiennent à l'ensemble des conceptions délirantes et non pas à des phénomènes physiques.

Mais indépendamment de ces phénomènes il y a des phénomènes partiels, des anesthésies et des hypéresthésies. L'anesthésie est plus rare dans

134. l'aliénation que dans l'hystérie; cependant on en observe quelques exemples, soit de l'anesthésie générale, soit de l'hémianesthésie comme M. Magnan l'a signalé, soit enfin de l'anesthésie partielle; tous ces phénomènes ont été observés dans l'aliénation mentale, soit dans le début de certaines formes de la paralysie générale, soit dans certaines variétés de folie épileptique ou de mélancolie. Il y a des aliénés, surtout les malades chez lesquels la folie est liée à des névroses complexes, comme la catalepsie, le somnambulisme, dans ces divers cas on constate l'anesthésie générale ou partielle, comme chez les hystériques. Mais cependant l'hypéresthésie est encore plus fréquente que l'anesthésie. Elle se manifeste sous des formes diverses. J'en ai dit quelque chose en vous parlant des diverses variétés de la douleur ou des perversions nerveuses; mais cette hypéresthésie, au lieu d'être générale, peut s'appliquer à divers points du corps; elle est localisée. Alors elle constitue un phénomène physique distinct qui mérite d'être étudié.

Vous voyez que, même en se tenant dans les formes les plus générales, on constate un grand nombre de lésions générales chez les aliénés, sans entrer dans les détails de forme sur lesquels nous aurons à revenir plus tard.

Après ces lésions de la sensibilité physique viennent les lésions de la motilité. La motilité est troublée dans la plupart des formes de maladies; mais on ne l'avait d'abord étudiée que dans une lésion, la paralysie générale; c'est là une étude particulière que nous ferons à propos de la paralysie générale. Mais indépendamment de cette lésion il y en a beaucoup d'autres beaucoup moins saillantes. Mon père a toujours insisté beaucoup sur ces lésions; il a décrit avec soin plusieurs altérations de la motilité qui passent souvent inaperçues. Il faut également pour la motilité diviser les lésions en lésions générales et en lésions partielles.

Les lésions générales sont de deux sortes: les lésions liées aux formes expansives et les lésions liées aux formes dépressives. Dans les formes expansives les lésions de la motilité se manifestent par l'exagération des forces musculaires. Il y a des aliénés, dans les périodes d'excitation, qui ont une force musculaire centuplée. Ils peuvent lutter contre 7 ou 8 gardiens, renverser des murailles, détruire leurs cellules. Ils ont une force musculaire telle qu'ils arrivent à des résultats inattendus et qui semblent ne pas pouvoir être produits par un

136. seul homme. On a cité des exemples extraordinaires de force musculaire exagérée chez les aliénés. Cette force musculaire est d'autant plus une lésion nerveuse qu'elle ne s'accompagne du sentiment de la fatigue. Ils peuvent dépenser des forces musculaires extraordinaires sans éprouver le sentiment de la fatigue. Ils ont de l'insomnie, de la déperdition de force considérable par la parole, par le mouvement, et cependant ils ne sentent pas la fatigue. Il y a là autre chose qu'un délire. On a dit des aliénés qu'ils étaient surtout mus par leur délire, qu'ils se croyaient des Hercules et qu'ils l'étaient en effet, parce qu'ils n'avaient pas conscience de la résistance. Mais cet élément psychique n'est pas suffisant pour expliquer cet état physique; à côté il y a un élément physique correspondant qui est une exagération de la force musculaire. Cependant il ne faudrait pas exagérer non plus ce phénomène et croire que tous les aliénés excités ont réellement cette exagération de force musculaire. C'est toujours un fait exceptionnel, et on a tort de dire que les aliénés maniaques avaient une force musculaire exagérée; ceci ne s'applique qu'à un certain nombre

d'entre eux ; mais le fait n'est pas contesté.

Il en est de même de l'exagération de la résistance aux températures basses ou élevées. Il y a certains aliénés qui dans l'état d'excitation peuvent résister aux températures les plus extrêmes ; ils ne sentent pas le froid. On en a vu se coucher dans la neige au milieu des cours des asiles, à l'époque où ils étaient mal tenus ; ils étaient là couchés presque nus dans la neige ou dans leurs cellules sur les dalles et ils n'éprouvaient aucun accident, ni fluxions de poitrine, ni rhumatismes, ni aucune des maladies produites par le froid.

De même pour les températures élevées. On les voit, couchés nus dans les cours en plein soleil pendant la canicule et n'éprouvant ni insolation, ni aucun des phénomènes qu'on attribue à l'excès de la température du soleil. Mais ces faits, qui existent en effet, sont également des faits exceptionnels, et tous les aliénés ne restent pas sans inconvénient exposés aux températures les plus extrêmes ; ils éprouvent des fluxions de poitrine, des congestions cérébrales et l'économie se ressent de cette négligence des lois de l'hygiène. Il ne faudrait donc pas négliger les

précautions de l'hygiène chez les aliénés. Ces deux faits sont néanmoins très-exacts; certains peuvent résister aux températures les plus élevées ou les plus basses.

Parallèlement à ces états d'exaltation de la motilité et en sens inverse, se trouve l'état de dépression et d'affaiblissement. Dans les formes mélancoliques les malades semblent voués à l'inertie; ils ne peuvent pas bouger, ils ne peuvent pas remuer, faire un mouvement; ils restent assis, couchés; ils éprouvent un sentiment de fatigue, de lassitude poussé à l'extrême. C'est le phénomène inverse. Il y a les lésions de la motilité en moins comme dans d'autres cas il y a les lésions en plus.

A côté de ces lésions générales de la motilité, vous avez les lésions partielles; elles sont assez nombreuses. Non-seulement il y a des troubles généraux, mais il y a des troubles partiels, des spasmes, des paralysies partielles. Mais tous ces phénomènes peuvent être beaucoup moins faciles à observer et néanmoins exister chez certains aliénés qui n'ont pas tous ces phénomènes à première vue. Ils peuvent avoir des

troubles qui échappent à l'observateur superficiel.
Il y a dans tous les organes de l'économie des altérations du système musculaire qui peuvent être constatés par un observateur attentif.

Du côté du regard, ils ont le regard fixe ou oscillant, altération nerveuse dans les muscles de l'œil, strabisme, immobilisation de l'œil ou un mouvement de va-et-vient extrêmement fréquent, surtout dans le passage de l'état aigu à l'état chronique; à ce moment on constate une mobilité latérale du globe de l'œil. Il y a également une dilatation inégale de la pupille ou une contraction extrême de cette même pupille.

Du côté du larynx et du pharynx, il y a des contractions, des spasmes qui empêchent le bol alimentaire de suivre son cours. Du côté de la voix, elle est quelquefois extrêmement altérée; elle devient filiforme ou très-grave; elle change de timbre.

Il y a des altérations de la voix chez beaucoup de femmes hystériques aliénées et dans d'autres formes des maladies mentales; ces altérations de la voix peuvent être attribués à des altérations dans les muscles du larynx. Il en est de même pour tous les

organes de l'économie. On constate l'existence de spasmes du cœur, de l'estomac, de l'intestin, de l'uterus. Il y a même des femmes qui croient éprouver toutes les douleurs de l'accouchement, qui éprouvent des contractions involontaires de la matrice absolument comme si elles accouchaient, et d'autres phénomènes encore, comme des sensations génitales qui donnent lieu également à des délires érotiques.

Dans les diverses formes des maladies mentales nous aurons à suivre ces lésions de la motilité, mais il importait dès l'abord de les signaler.

Après ces lésions de la motilité viennent les lésions des diverses fonctions organiques. On a dit que les aliénés étaient tous bien portants, qu'ils n'avaient pas de phénomènes physiques, qu'ils mangeaient avec appétit, qu'ils digéraient bien, qu'ils étaient en un mot dans un état de santé florissant.

Ce fait qui paraît vrai pour les aliénés chroniques est loin d'être vrai dans beaucoup des formes de la folie, surtout au début. Il y a au contraire des phénomènes physiques très-nombreux; assez souvent des céphalalgies, des vertiges, des étourdissements et

souvent de l'insomnie ; l'insomnie est le fait initial 171.
dans la plupart des formes de la folie.

Indépendamment de ces symptômes nerveux, il y a des troubles des fonctions digestives. Beaucoup d'aliénés ont, au début, de l'embarras gastrique, non-seulement de la dyspepsie, mais même une répulsion énorme pour les aliments, alternant avec la voracité. Ce sont là des phénomènes qui coïncident souvent avec les premières périodes de la folie. Les malades qui vont être atteints de la manie, commencent par avoir des troubles digestifs ; la bouche est sèche ; l'appétit est troublé, altéré comme dans les gastralgies.

Ces mêmes phénomènes existent du côté de l'intestin et se manifestent par des coliques. Ce sont là des phénomènes physiques qu'on peut constater quand on se donne la peine d'y porter son attention. Il en est de même des maladies cérébrales. Les malades, il est vrai, sont sans fièvre arrivés à la chronicité, mais pas toujours dans les premières périodes. Au début il y a des mouvements fébriles, des altérations de la circulation d'une façon souvent très-évidente, surtout au point de vue de l'élévation et des changements de température ;

 dans plusieurs formes de la folie, principalement dans les formes maniaques, la température se trouve augmentée quelquefois d'un degré; dans la paralysie générale, qui, en somme, n'est qu'une méningite chronique, il y a très-souvent élévation de température, alors même que le pouls est à l'état normal.

Les phénomènes qu'on constate du côté des fonctions digestives, peuvent se produire également plus tard; ils peuvent se reproduire à diverses époques; il faut donc en tenir grand compte dans les observations.

La respiration elle-même est souvent troublée chez les aliénés. Chez les maniaques elle est accélérée; chez les mélancoliques elle est ralentie, et ralentie à un tel point que dans certains cas les pulsations sont arrivées à l'extrême limite du possible; le nombre des pulsations par minute arrive à un tel degré que c'est le degré le plus extrême qu'on puisse observer avec la conservation de la vie.

A l'occasion de la respiration il faut dire un mot des maladies du cœur. On a dit qu'elles étaient très-fréquentes chez les aliénés; c'est ce qu'on appelé la folie cardiaque. Eh bien, ce fait a été très-exagéré.

Il y a certainement quelques maladies du cœur chez les aliénés, mais en général les fonctions du cœur ne sont pas altérées; la statistique en a trouvé un très-petit nombre. Mais il y a souvent des névroses, des altérations dans les mouvements du cœur et quelquefois un phénomène assez bizarre, l'absence de synchronisme entre le battement du cœur et la pulsation des artères. Le fait est parfaitement exact au point de vue de l'observation pathologique. Il y a des espèces de contractures passagères qui déterminent une inégalité dans les pulsations aux extrémités, tandis que le cœur bat d'une manière normale. On constate dans les artères périphériques de grandes inégalités passagères qui ne coïncident pas avec les mouvements du cœur.

On pourrait passer en revue ainsi toutes les fonctions organiques et trouver de nombreuses lésions; mais avant d'arriver aux autres fonctions, je veux dire un mot de deux phénomènes qui sont intermédiaires en quelque sorte à la vie organique, les lésions du sommeil et des fonctions génitales.

Le sommeil est souvent altéré dans l'aliénation mentale. Il y a presque toujours insomnie au début; elle peut se prolonger pendant très-longtemps. On a

fait des observations assez suivies; on a eu la patience de suivre attentivement pendant la nuit l'état de certains malades et on a constaté que certains paralytiques peuvent vivre pendant plusieurs mois sans dormir. On ne peut pas imaginer à quel degré peut arriver l'insomnie. Dans d'autres cas il y a quelques heures de sommeil, de temps en temps; mais l'insomnie est un fait très-général, et lorsque le sommeil commence à reparaître, c'est en général parce que la folie commence à passer à l'état chronique; le sommeil revient en même temps que l'embonpoint; il peut revenir également dans des conditions plus favorables; à l'époque de la convalescence les malades peu à peu récupèrent le sommeil; un sommeil régulier est certainement l'un des meilleurs signes de la convalescence et de la guérison, surtout lorsqu'il coïncide avec la diminution des phénomènes psychiques.

Les fonctions génitales sont souvent troublées. Chez les femmes il y a presque toujours des altérations de la menstruation, des dysménorrhées, des leucorrhées et des suppressions de règles. Il y a d'abord suppression des règles; mais peu à peu, souvent au bout d'un assez long temps, la menstruation peut se rétablir et on a

considéré ce rétablissement comme une crise favorable. Il n'en est pas ainsi dans tous les cas; dans beaucoup de cas on cherche à faire revenir les règles par des moyens thérapeutiques et la guérison ne coïncide pas avec ce retour. Il y a des malades qui ne guérissent pas et dont les règles reprennent leur régularité habituelle, et en effet, l'observation prouve que très-souvent il n'en est pas ainsi.

Chez les femmes les phénomènes des organes génitaux peuvent être également très variés. Il y a des phénomènes d'érotisme provoqués par l'altération des organes génitaux. Elles se croient enceintes, elles s'imaginent qu'elles accouchent. Tous ces phénomènes tiennent à des altérations des organes génitaux.

Chez l'homme on a observé des rapports entre la forme mélancolique et l'existence des pertes séminales, qui ont été étudiés par Lallemand. On a prouvé que souvent il y a un rapport entre le délire mélancolique et la tendance au suicide; il semblerait y avoir également un rapport entre les pertes séminales et la mélancolie. Chez d'autres il y a des lésions en plus ou en moins; dans certains cas c'est le satyriasis, l'érotisme très développé, dans d'autres cas c'est le phénomène inverse, c'est-à-dire

 l'impuissance. Il y a des aliénés qui dès le début de leur maladie éprouvent de l'impuissance, surtout dans les formes mélancoliques et dans les premières périodes de la paralysie générale. La paralysie présente aussi des phénomènes alternativement inverses; tantôt les malades sont impuissants, tantôt au contraire ils sont doués de forces génitales excessives à quelques mois de distance. Chez les mélancoliques l'impuissance est le fait habituel; mais, quoi qu'il en soit, ils sont plutôt affaiblis qu'exaltés. Cependant ils ont un vice très-grave, c'est l'onanisme, la masturbation. Ces phénomènes, qui aggravent l'aliénation mentale, sont le résultat de la séquestration, de l'isolement, ou de la maladie elle-même; les deux causes peuvent être mises en avant; mais le fait est incontestable; il y a des rapports entre les phénomènes génitaux tant chez la femme que chez l'homme et les maladies mentales. Il importe donc beaucoup de suivre ces phénomènes si l'on veut faire une observation complète de l'aliénation au point de vue mental comme au point de vue physique.

Après ces généralités sur les fonctions génitales, il reste encore divers phénomènes nerveux. Je vous ai déjà indiqué les lésions de la sensibilité générale; mais cette

indication n'est pas suffisante. Je veux vous parler d'abord du refus des aliments.

Le refus des aliments est un fait très-fréquent, surtout dans les formes mélancoliques. Ce refus tient souvent à des conceptions délirantes. Le malade se croit empoisonné, ou s'imagine qu'on veut l'empoisonner ; dès lors il ne veut pas manger pour éviter l'empoisonnement. Dans d'autres cas c'est un mode de suicide ; au lieu de se jeter à l'eau, il cherche à mourir par refus des aliments ; dans d'autres cas encore c'est le résultat d'une hallucination impérative. Le malade entend une voix qui lui ordonne de ne pas manger ; c'est la voix de Dieu ou celle d'un Saint, une voix religieuse à laquelle il obéit aveuglément. Il y a donc là de nombreuses causes psychiques. Mais, à côté, il y a un refus d'aliments qui est dû à un agent physique nerveux *, qui est en rapport probablement avec les lésions des systèmes nerveux et ganglionnaires. Dans certaines cachexies, dans le diabète, de même qu'il y a des périodes de boulimie, il y a au contraire des périodes de dégoût absolu, des répulsions profondes pour les aliments. Ce fait est aujourd'hui parfaitement établi. Il y a des phénomènes de dépression pendant lesquels les malades

* non pas seulement à un embarras gastrique, mais à un état nerveux, qui est en rapport probablement avec les lésions des systèmes nerveux et ganglionnaires.

ont une répulsion invincible pour certains aliments, comme la viande par exemple, et ils sont obligés de faire de grands efforts pour surmonter cette répulsion; la cachexie cancéreuse présente très-souvent comme comme caractère nerveux la répulsion pour les aliments, surtout pour la viande. Beaucoup de personnes atteintes d'une lésion cancéreuse ne peuvent pas supporter la viande et ont même une répugnance pour tous les aliments. De là résulte un amaigrissement très-prononcé.

Ce que nous observons dans le diabète s'observe également chez les aliénés. Il y a chez eux une perturbation générale qui entraîne à sa suite cet état particulier des systèmes nerveux et ganglionaire) qui a pour conséquence la répulsion pour les aliments. Ce sentiment est un phénomène essentiellement nerveux. Pour imaginer ce sentiment de dégoût à l'état physiologique nous n'avons qu'à imaginer la situation où nous nous trouvons nous-mêmes lorsqu'après un grand repas on voudrait nous forcer à recommencer à manger; il y a un moment de satiété où l'on ne pourrait plus rien introduire dans l'estomac. Ce sentiment de dégoût après un bon repas, ils l'éprouvent à jeun, à l'état d'inanition.

Il ne faut donc jamais perdre de vue ceci, que, quand un aliéné refuse les aliments, ce n'est pas toujours à dire que c'est en vertu de son délire; il faut se demander si le refus ne tient pas à un état nerveux particulier. Il y aurait là peut-être une voie à suivre pour la thérapeutique; il serait très-possible de découvrir des moyens thérapeutiques qui parvinssent à vaincre cette répugnance instinctive pour les aliments; ce moyen, s'il était découvert, serait certainement bien préférable aux moyens artificiels qu'on est obligé d'employer pour lutter contre le refus des aliments, comme par exemple, la sonde œsophagienne. C'est dans cette voie qu'on devrait diriger l'observation et la thérapeutique. Donc cet état existe et il est en rapport avec certaines périodes de la folie à double forme. Dans la période d'excitation, voracité excessive; le malade mangerait constamment et ne serait jamais rassasié; mais au contraire dans la période de dépression le dégoût est profond. Le malade se trouve alternativement dans ces deux situations nerveuses.

On peut comparer cette situation à celle des animaux hibernants. Il y a des périodes de torpeur pendant lesquelles l'animal est immobilisé et dans une

 sorte de somnolence; il ne dépense rien ni par la sécrétion, ni par le mouvement et il n'a presque pas besoin de réparation. Pendant cette période l'animal mange très-peu; il vit et se perpétue malgré son alimentation insuffisante. Plus tard il se remet à manger davantage, quand il reprend son activité. Il y a un rapport établi par la nature entre la consommation et la production, entre le passif et l'actif de l'économie.

Il y a des aliénés qui dépensent beaucoup par l'insomnie, qui ne dorment pas, qui sont en mouvement nuit et jour; ils ont besoin de beaucoup de réparation et par conséquent de manger beaucoup, ils ont grand faim. Au contraire dans la mélancolie le malade ne parle pas, la circulation est ralentie, toutes les sécrétions sont taries, les urines sont rares; il n'a presque pas besoin de réparation et nous avons tort de ne pas tenir compte de cet état qui fait qu'on peut vivre pendant plusieurs mois avec une nourriture extrêmement peu abondante; et souvent en vertu de l'idée que nous avons que les malades refusent les aliments par suite d'une conception délirante, nous leur introduisons la nourriture dans

l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne; c'est donc une erreur. Il faut savoir si ce refus est dû à des conceptions délirantes, ou au contraire à un état du système nerveux, qui est en rapport avec les phénomènes généraux de la nutrition.

Il y a donc des périodes où le malade peut vivre avec une alimentation très-peu abondante, qui sont en rapport avec la perte d'appétit, avec le dégoût pour les aliments. Je ne dis pas qu'il en soit toujours ainsi, mais c'est un fait assez fréquent.

Je n'ai plus que peu de chose à dire sur les phénomènes nerveux qu'on observe dans les diverses fonctions de l'économie; je vous ai déjà indiqué ces faits à propos de la sensibilité, mais il est très-important d'insister sur le mode d'observation de ces phénomènes. Les phénomènes nerveux ne sont pas faciles à constater; les malades eux-mêmes ne vous en parlent pas; ils ne se croient pas malades, ils n'ont pas conscience de leur état; ils se sentent bien portants; par conséquent, ils ne rendent pas compte de leurs sensations. Il faut donc pousser plus loin l'observation, les interroger, les observer dans différents moments de leur affection

152. pour arriver à constater ces phénomènes nerveux. Voilà pourquoi nous ne les avons pas passés sous silence. Pour les constater dans les douleurs névralgiques, dans l'anxiété précordiale, il faut beaucoup d'attention et de temps. Il faut observer le malade dans des conditions très-diverses, et le jour et la nuit; couché ou levé; il faut faire une observation médicale comme pour les malades ordinaires; au lieu de le faire, comme on le fait ordinairement, au moment de l'entrée dans l'asile. On prend des notes sur les antécédents du malade, on interroge les parents, le malade lui-même, et on l'observe une seule fois, le jour où on l'enferme et ensuite on ne s'en occupe plus; on l'abandonne aux infirmiers; on l'observe de loin, debout, circulant dans les cours. On le questionne au point de vue de son état mental, mais à peine comme au malade ordinaire. Or, — et c'est par là que je voulais terminer, — c'est un mérite de l'école somatique allemande d'avoir attiré l'attention sur ces phénomènes, d'avoir observé les aliénés comme les autres malades. C'est en leur adressant des questions, en les observant au lit, debout, comme dans une infirmerie qu'on peut arriver à constater tous ces phénomènes physiques qui autrement passent inaperçus.

7e Leçon.

5 Décembre 1876.

Messieurs,

J'ai parcouru avec vous jusqu'à présent les principaux éléments de la pathologie générale de la folie. Je vous ai parlé des lésions des sentiments et des penchants, des lésions des facultés intellectuelles, des illusions et des hallucinations, et enfin des symptômes physiques de la folie envisagée en général.

Pour terminer cette partie de la pathologie générale de la folie, il me reste encore à vous parler de la marche des maladies mentales envisagées dans leur ensemble, de la folie considérée comme maladie unique.

154 Je vous ai dit en commençant combien cette façon de considérer la folie était nuisible aux progrès de la science; mais dans l'état actuel de nos connaissances nous sommes obligés encore de nous borner à cette description de la marche de la folie considérée en général. Les espèces de folies qui sont aujourd'hui admises dans la science sont trop peu naturelles, trop peu conformes à la vérité des faits pour appeler une marche particulière. Lorsque la science sera plus avancée, lorsqu'on aura découvert des espèces naturelles de maladies mentales, ces espèces auront une marche déterminée: au début une période d'augmentation, puis une période d'état et une période de déclin. Ceci n'est possible qu'à la condition d'avoir une maladie vraiment naturelle, déterminée, ayant une existence complète. Or la manie, la mélancolie n'ont pas aujourd'hui de marche déterminée. Il faut donc jusqu'à nouvel ordre nous borner à parler de la marche de la folie et ne pas chercher à la mettre en rapport avec certaines maladies, excepté avec la paralysie générale, qui présente ce caractère d'avoir une marche déterminée.

La folie est une maladie qui a le plus souvent son origine dans l'hérédité et dans les maladies des ascendants. Il y a certainement des folies accidentelles; mais ces folies sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne l'a cru jusqu'aujourd'hui. Dans la plupart des cas il y a une prédisposition à la folie.

Avant d'arriver à décrire la marche de la folie, il faut donc dire quelques mots des signes de la prédis=position à la folie. Sans remonter jusqu'à l'hérédité, nous devons prendre l'enfant à sa naissance. L'enfant prédisposé à la folie présente un certain nombre de signes physiques, moraux et intellectuels qui méritent d'être étudiés. Ces signes ont été négligés pendant long temps. Mais depuis une trentaine d'années surtout on a fixé l'attention sur les prédispositions à la folie, sur les signes de dégénérescence. On trouve déjà dans Esquirol des renseignements très précis à ce sujet, une phrase, entre autres, dans laquelle ces signes sont énumérés sous une forme très concise, mais assez complète. Depuis lors les auteurs qui se sont occupés de l'hérédité de la folie et des dégénérescences, et surtout M. Morel, de Rouen, ont insisté avec beaucoup de raison sur ces

 caractères de la prédisposition à la folie dès le jeune âge. C'est surtout dans le domaine moral que l'on remarque chez les jeunes enfants les signes les plus flagrants de la prédisposition à la folie.

Lorsqu'ils sont dans leur famille, ou placés dans des institutions, dans des colléges, les enfants pré=disposés aux maladies nerveuses ou mentales présentent ordinairement certains caractères particuliers que les parents ou les instituteurs méconnaissent, mais qui n'échappent pas à un médecin expérimenté. Ces enfants ont des caractères tout à fait particuliers; ils sont différents de la plupart des autres enfants du même âge; ils diffèrent dans leur caractère et par conséquent dans leurs actes.

Ces enfants sont ordinairement rebelles à l'éducation commune, soit dans la famille, soit dans le collége. Ils font le désespoir de leurs parents et de leurs instituteurs; il est très-difficile de les soumettre aux règles générales et la plupart des moyens qu'on emploie ordinairement vis-à-vis des enfants pour les améliorer, pour faire leur éducation, n'ont pas de prise sur ces enfants prédisposés à la folie. Les punitions, les répressions,

les moyens plus doux et plus bienveillants, rien ne parvient à dominer et à dompter ces enfants, qui présentent une nature morale tout à fait exceptionnelle. Cette nature exceptionnelle se manifeste de deux manières différentes; ou par des penchants, des instincts pervers, de mauvaise nature, comme cela existe souvent chez certains enfants, par exemple, des fils d'alcooliques, d'épileptiques, d'hypocondriaques, ou par des inégalités très-grandes dans le caractère; selon le moment, le même enfant qui dans certaines périodes est doux, bienveillant, facile, docile, devient plus tard revêche, indocile, révolté. Ces enfants sont souvent chassés des institutions; les parents ne savent qu'en faire; ils sont obligés de les déplacer, de les changer d'institution, quelquefois de les envoyer dans des maisons de correction; ces enfants sont de vrais fléaux de famille; on éprouve les plus grandes difficultés à leur faire subir l'éducation.

Il y a une inégalité très-grande dans ces prédispositions morales à la folie; pendant plusieurs périodes, ils sont faciles, bienveillants; pendant d'autres périodes ils redeviennent indisciplinés. Il semblerait que la forme paroxystique qui doit se manifester plus tard,

lorsque les malades sont atteints d'aliénation mentale, existe tout d'abord dès l'enfance. Il y a là une sorte d'oscillation dans le caractère qui se manifeste dès le jeune âge : On a noté sous ce rapport beaucoup de dispositions à la colère, à l'irritation, à la violence ; ils se plaisent à torturer les animaux ; ils manifestent en un mot des instincts pervers, vicieux, sur lesquels plusieurs auteurs ont insisté avec raison.

Indépendamment de ces prédispositions du caractère, sur lesquelles j'aurai à insister plus longuement, viennent des dispositions correspondantes dans les facultés intellectuelles. Ces enfants sont non-seulement différents sous le rapport du caractère, mais aussi sous le rapport de l'intelligence. Il y a dans leur intelligence de grands contrastes, des facultés exceptionnellement développées, très-remarquables ; par exemple, des mémoires spéciales qui sont poussées à un très-haut degré, et à côté de ces facultés brillantes qui étonnent les instituteurs et les parents, se trouvent souvent de très-grandes lacunes dans les facultés principales de l'intelligence et une infériorité relative très-remarquable. Ils sont sous certains rapports très-faibles ; c'est à peine s'ils peuvent arriver même jusqu'à la

moyenne ordinaire et sous d'autres rapports ils sont doués de facultés exceptionnelles et d'aptitudes spéciales.

Les aptitudes spéciales qu'on remarque surtout sont des aptitudes de mémoire ou des aptitudes artistiques, des aptitudes en un mot tout à fait spécialisées, comme encore l'aptitude à la sculpture, à la mécanique. Il y donc souvent chez les enfants prédisposés à la folie des facultés spéciales très-développées et qui peuvent exister même chez des individus très-faibles d'intelligence, chez des imbéciles ou des demi-idiots, des enfants en un mot dont l'intelligence est très en retard et qui à côté de cela possèdent certaines facultés développées d'une façon précoce. C'est un fait qu'on a signalé, même chez les idiots auxquels M. Félix Voisin avait donné le nom de génies partiels. Sous le rapport de certaines facultés ils sont très-remarquables, quelquefois même éminents; dans d'autres conditions au contraire ils sont très-affaiblis et très-au-dessous de la moyenne. On en a vu qui sont arrivés jusqu'à ces cas extrêmes où le prodige commence, comme le jeune Mondeux, qui a étonné par ses aptitudes au calcul et qui n'était qu'un idiot, un imbécile et de plus un épileptique;

il avait une faculté de calculer qui a étonné tous les membres de l'Institut.

Sans parler de ces petits prodiges, il y a donc souvent une grande inégalité dans le développement des facultés, où à côté de l'imbécilité et de l'idiotisme, l'intelligence présente de très-grands contrastes; ils sont très-forts sous certains rapports; leurs instituteurs, leurs parents s'étonnent de leur précocité; et d'un autre côté on ne peut rien en faire au point de vue de la plupart des dispositions ordinaires de l'intelligence.

Ces individus sont très-malheureux pendant le temps de leur éducation au collège; les professeurs ne connaissent pas ces diversités, ces difficultés, et ils veulent obtenir de ces enfants des résultats que leur constitution ne permet pas d'obtenir. Il serait donc très-important que ces notions générales fussent plus connues et servissent de base à l'éducation de ces enfants exceptionnels qui ont des dispositions tout à fait particulières. On voit, par exemple, de jeunes enfants avoir des mémoires extraordinaires, automatiques en quelque sorte, mécaniques; ils apprennent par cœur des chants entiers de l'Enéide, des auteurs grecs ou latins, autant de prodiges de mémoire qui étonnent tous

leurs professeurs; et à côté de cela ils ont des lacunes très flagrantes dans d'autres facultés.

Indépendamment de ces signes moraux et intellectuels, il y a également des signes physiques nombreux. Ils ont été bien étudiés durant ces derniers temps; mais ils ont fixé l'attention de plusieurs auteurs éminents. M. Morel, dans son Traité des dégénérescences, a insisté sur ces caractères physiques des individus dégénérés, prédisposés à l'aliénation mentale. Il y a des déformations de la tête, des défauts de symétrie; un hémisphère est plus développé que l'autre; en un mot des difformités dans la configuration de la tête et des déformations très-remarquables des oreilles. Il y a de plus certains signes constants qui sont très-fréquents, comme, par exemple, le strabisme, des tics nerveux de la face ou de diverses parties du corps, des anomalies organiques, des becs-de-lièvre, et d'autres monstruosités qui se rencontrent à chaque instant chez les individus prédisposés à la folie. On a surtout attiré l'attention sur le rapport très-extraordinaire qui existe entre l'altération des facultés intellectuelles et celle de l'organisme, non-seulement au point de vue du cerveau, mais de la plupart des organes de l'économie.

169 Le système nerveux est atteint dans son ensemble et comme il préside à la formation des organes dès le jeune âge d'une façon vicieuse, il donne naissance à certaines monstruosités, à certaines anomalies de l'organisation. C'est surtout dans les organes génitaux qu'on peut constater de nombreuses anomalies soit chez les enfants arriérés, imbéciles, soit même chez des individus prédisposés à diverses formes des maladies mentales. J'aurai à revenir sur ce sujet.

J'arrive maintenant à l'incubation de la folie. C'est une période très difficile à préciser. Puisque la folie est souvent une maladie qui a souvent ses racines dès l'instant de la jeunesse, il est très difficile de distinguer la période de la prédisposition de la période d'incubation proprement dite. C'est le malade lui-même qui seul pourrait arriver à fixer cette époque particulière, car seul il se rend compte de ce qui se passe dans son for intérieur. Pendant très-long temps la folie qui est en voie de développement se développe à l'insu de tout le monde; les malades seuls peuvent assister à cette transformation progressive qui s'opère en eux. Ce n'est que plus tard qu'on peut en interrogeant les malades obtenir des

confidences rétrospectives. On apprend alors que le malade lui-même s'est étonné, s'est affligé de cette transformation progressive qui s'opère dans son moral. C'est surtout par le caractère et les facultés affectives que débute la folie. Cette période d'incubation, les malades la constatent eux-mêmes dans la plupart des cas, car ils ont en général connaissance de cette transformation. Ils s'aperçoivent que leur nature morale change peu à peu, qu'ils se métamorphosent, qu'ils cessent d'être eux-mêmes, qu'ils sont différents des autres hommes et de ce qu'ils étaient autrefois. Il s'opère une transformation progressive des plus remarquables.

Dans les premières périodes de l'incubation cette transformation est tout à fait interne; elle se passe dans le for intérieur; elle n'a pas de manifestations extérieures. Seulement les malades éprouvent quelquefois un besoin de confidence; ils cherchent un soutien, un appui soit dans un ami, soit dans un médecin, soit dans un prêtre; et à cette période même ils peuvent faire des confidences assez complètes pour qu'un médecin exercé puisse constater l'évolution et l'incubation de la folie. Mais ce n'est qu'un peu plus tard que cette transformation intérieure se manifeste d'une manière apparente, non pas à tous les yeux,

mais à l'observateur attentif, surtout dans les actes et dans la conduite des malades. On constate le changement au point de vue du caractère; ils s'isolent; ils se séparent du monde extérieur; ils restent chez eux, se renferment; ils prennent en grippe leurs parents, leurs amis; leurs sentiments affectueux se modifient; ils arrivent à détester ceux qu'ils aimaient le plus; ils éprouvent pour eux une antipathie non motivée. Ils se transforment ainsi dans leur caractère, dans leur nature morale et leurs actes manifestent cette transformation intérieure. Ils cessent de remplir les devoirs de leur profession, ils abandonnent leurs habitudes; ils se transforment dans tous leurs actes; ils se métamorphosent. Quelques-uns se bornent à s'isoler, à s'enfermer chez eux, d'autres à se livrer à des excès de boisson ou de femmes; en mot ils changent de conduite et de manière de vivre. C'est surtout dans ces modifications de la conduite et de la manière d'être qu'on aperçoit les premières manifestations et les premiers signes de la folie qui est en train de se développer.

A côté de ces modifications dans le caractère, que je ne fais qu'indiquer pour le moment sous une forme générale et sur lesquelles j'aurai à revenir, il se

produit des manifestations correspondantes dans l'intelligence. Le malade s'aperçoit lui-même que ses idées se transforment, ne sont plus les mêmes. Il sent naître en lui des idées nouvelles, étranges, bizarres auxquelles il n'était pas habitué ; il s'en étonne, il s'en alarme, mais il ne peut pas parvenir à les repousser ; il y a là une sorte de transformation tout automatique contre laquelle la volonté ne peut rien. Il peut chercher à les écarter, mais elles s'imposent à lui malgré lui ; elles le tyrannisent et le dominent de plus en plus. Il se passe à cette époque une lutte intérieure des plus pénibles pour le malade, mais des plus intéressantes à étudier pour le médecin. Le malade, lorsqu'il veut bien faire des confidences, fait part de ces idées étranges et de la lutte qui s'établit entre deux personnalités : la personnalité nouvelle du malade, qui s'impose à sa volonté, et, d'autre part l'état normal du malade, son caractère primitif qui réagit contre ces tendances. Il y a donc à cette époque une lutte intérieure extrêmement pénible dans laquelle le malade finit par succomber, mais qui existe presque toujours dans le cas où la maladie est lente dans son évolution, cas le plus fréquent.

 A côté de ces symptômes moraux et intellectuels, il y a presque toujours des symptômes physiques. Ce serait une erreur de croire que la folie se développe toujours par une sorte de filiation morale d'idées engendrant des idées; il y a le travail physique correspondant, des maux de tête, des étourdissements, des vertiges, des troubles de l'estomac et de la digestion, des mouvements désordonnés du cœur; il y a en un mot un ensemble de phénomènes physiques qui correspondent à ces transformations morales. Il faut donc faire l'observation complète et ne pas se borner à l'observation psychique. Les auteurs de l'école somatique, et c'est leur mérite, se sont appesantis sur ces phénomènes et ont perfectionné ainsi l'étude des premières périodes des maladies mentales. M. Moreau, de Tours, et d'autres auteurs ont insisté également sur cette partie de l'observation de ces maladies. On doit se demander s'il est possible de prévoir la forme des maladies mentales d'après la nature des prodrômes. Y a-t-il un début différent pour la manie et pour la mélancolie?

Il y a deux modes de début des maladies mentales. Dans certains cas la maladie est progressive dans son développement; elle n'est qu'une exagération du caractère

intérieur du malade ; dans ces cas on ne peut pas établir de ligne de démarcation entre la prédisposition et la maladie confirmée. Le caractère du malade ne fait que s'exagérer et le malade arrive à la folie sans arriver à une complète transformation.

Dans d'autres cas il y a un changement radical dans les dispositions du malade. Il était gai, actif, ou disposé à la gaieté, à l'activité, il devient mélancolique.

Dans d'autres cas c'est précisément l'inverse qui se produit.

Il y a donc deux modes de début : tantôt exagération du caractère, tantôt au contraire il y a transformation et l'homme est complètement métamorphosé. C'est surtout dans cette seconde forme qu'on peut s'apercevoir de la forme que prendra la folie. Un individu actif, habitué à remplir tous les devoirs d'une profession très-active, change tout-à-coup de manière de vivre ; il s'isole, se renferme chez lui, ne veut plus voir personne, ne s'occupe à rien, abandonne tous ses devoirs, il commence à devenir mélancolique ; on peut prévoir que la folie prendra la forme mélancolique.

Dans d'autres cas, après avoir été triste, il devient

très-gai, actif, il vagabonde dans la campagne, il se livre à des excès de tout genre ; c'est alors une forme maniaque, souvent paralytique, qui débute.

On peut donc dans beaucoup de cas distinguer dès les premiers prodrômes quelle sera la forme ultérieure de la folie. Cependant, quelle que soit cette division, aussitôt que la maladie se déclare, il y a comme un abîme entre la période des prodrômes et la période de l'invasion. Lorsque la maladie fait invasion, il survient un ensemble de symptômes multiples, moraux et physiques, qui établissent une ligne de démarcation assez tranchée entre la période de l'incubation et l'instant où la maladie est déclarée. M. Lasègue insiste avec raison sur ce point et fait remarquer que lorsqu'on a étudié attentivement cette division, on arrive presque toujours à découvrir certain moment, certaine période, où le malade a éprouvé des phénomènes plus marqués, comme un ictus, c'est-à-dire une sorte de forme vertigineuse qui marque souvent le début de la folie, et il fixe avec raison l'attention des élèves sur ce point, comme moment de l'explosion de la maladie. Un bon observateur peut constater un certain nombre de phénomènes physiques coïncidant avec l'explosion du délire.

Une fois la folie déclarée, elle prend les formes diverses de la manie et de la mélancolie. Je n'ai donc pas à insister sur cette démarcation ; j'y reviendrai à propos de la description des formes particulières de la folie. Mais j'ai à insister sur certaines complications et certaines variétés de la folie.

La folie est ordinairement une maladie continue, très-longue, durant des mois et des années et dans laquelle les phénomènes morbides se constatent par semaine, par mois, par année. Néanmoins, malgré cette continuité de la maladie, il y a presque toujours des rémissions et des paroxismes. C'est un fait sur lequel on n'a pas suffisamment appelé l'attention, et que les magistrats méconnaissent presque toujours.

Les magistrats s'imaginent que l'aliéné doit être toujours le même, qu'ils l'interrogent quinze jours après, ils se figurent qu'ils doivent toujours trouver un malade semblable à lui-même. Il n'en est rien. Les médecins savent parfaitement que les aliénés atteints de délire présentent tous des paroxismes et des rémissions. Il y a des moments où le malade est moins malade, et par conséquent peut jusqu'à un certain point dissimuler son délire, où il est très-bien, où son délire n'est plus rien, où il a moins d'intensité,

. où il ne fait pas explosion. Soit dissimulation, soit diminution, il y a des périodes de rémission pendant lesquelles il est difficile de constater le délire. A d'autres moments le délire fait explosion malgré le malade ; le délire éclate à tous les yeux et devient facile à constater. Il y a donc chez tous les aliénés, même partiels, des périodes de rémission et de paroxisme ; et c'est pour avoir méconnu cette observation générale qu'on a admis trop facilement l'existence de monomanies limitées à des idées uniques ; car pendant les accès, au contraire, les monomanes présentent des symptômes d'ensemble qui facilitent singulièrement l'observation générale de leur maladie. Ceci est surtout vrai au début d'une maladie mentale. Guislain a dit que toute maladie débute par une confusion, par un stade mélancolique. Ce fait est vrai d'une manière générale. Mais c'est une confusion générale des idées, un état d'anxiété physique et morale qui est plus voisin de la manie que de la mélancolie proprement dite. C'est ainsi qu'au début de la folie, avant d'arriver aux idées délirantes, les malades ont ordinairement une période de confusion, de stade mélancolique, qui précède l'explosion du délire, même dans les états maniaques. Mais il y a certainement

des folies dans lesquelles ces rémissions et ces paroxismes sont extrêmement prononcés et arrivent presque à simuler l'intermittence. Ces faits sont assez fréquents. Lorsque les rémissions et les paroxismes sont très-rapprochés, qu'il y a des accès très-courts, suivis d'intervalles également très-courts, comme de 5 jours, 8 jours, dans ces cas le pronostic est ordinairement très-grave. Les formes rémittentes à courts accès sont presque toujours incurables. Une fois que la folie a pris ce caractère extrêmement prononcé, elle est beaucoup moins curable que dans les formes plus continues et moins rémittentes.

Indépendamment de cette forme de la folie, il y a toute la catégorie des folies périodiques et intermittentes qui sont en assez grand nombre. Après un accès survient un intervalle plus ou moins prolongé, de plusieurs années quelquefois. Ce fait, très-connu pour la manie intermittente, l'est moins pour la mélancolie; mais il existe aussi bien que pour les manies périodiques. Il y a des états qui se reproduisent plusieurs fois avec un intervalle de 8 ou dix jours. Il faut donc tenir compte dans la folie de ces deux formes, rémission et paroxisme d'une part, périodicité et intermittence de l'autre.

179. Les intervalles lucides sont plus rares. On voit certains malades, aliénés déjà depuis longtemps qui présentent tout à coup un moment de lucidité, assez court quelquefois, 24 heures, deux ou trois jours, pendant lesquels ils semblent revenir à la raison. C'est très-rare; mais il y en a des observations authentiques dans la science.

A côté des types et des variations de la marche de la folie, viennent se placer des complications. La folie est souvent compliquée d'autres maladies; elle est souvent compliquée de névroses, d'épilepsie, d'hystérie, de catalepsie, de somnambulisme; de toutes les névroses en général. Cette complication est très-importante à signaler, parce que la folie a une marche très-différente et des pronostics très-différents. Il y aurait toute une étude à faire sur les complications de la folie avec les névroses complexes. Il y a des malades atteints de névroses extraordinaires, qui sont alternativement maniaques et mélancoliques, extatiques, somnambules, cataleptiques, qui passent successivement par ces diverses formes névropathiques. Il y a un autre état particulier qui s'est surtout manifesté au moyen-age, ce sont les épidémies de folie.

Il est très-remarquable que la folie épidémique se présente toujours sous cette forme compliquée de maladies nerveuses. C'est un fait important à noter.

Je ne parlerai pas comme complication de la paralysie générale, car c'est une maladie distincte qui n'est plus envisagée aujourd'hui comme une simple complication de la folie. Il en est de même pour l'épilepsie.

La folie est une maladie très-lente dans sa marche. Elle a trois modes de terminaison, quelle que soit sa lenteur; ces trois modes de terminaison sont la guérison, la chronicité et la mort.

La terminaison par la guérison a lieu de deux manières. Tantôt elle prend une forme rapide, brusque, subite; tantôt une forme lente et progressive. Il y a des folies qui peuvent cesser tout à coup ou du moins dans un temps très-court. Les malades disent alors qu'il leur semblent que le voile est tombé de devant leurs yeux. Ils se croient sortis d'un rêve. Dans cette circonstance on peut supposer qu'on a affaire à une folie périodique, intermittente. Toutes les fois qu'une folie guérit rapidement, comme le passage du sommeil à la veille, comme si on sortait d'un rêve, on peut dire toujours que

174 c'est une folie intermittente à laquelle on a affaire. Dans la plupart des autres cas la guérison est lente et progressive; elle n'a lieu que par nuances successives et en passant par une période intermédiaire qui est la période de la convalescence.

On a beaucoup écrit sur la convalescence de la folie. Pinel a insisté sur les précautions extrêmes que le médecin doit prendre pour ménager les convalescents dans leur susceptibilité et éviter les rechutes. Tous les autres auteurs ont insisté sur le même point. Dans les asiles on prend les plus grandes précautions pour éviter les émotions qui pourraient occasionner des rechutes. Dans ces cas de convalescence plus ou moins confirmée on prend des précautions surtout au point de vue des visites des parents, des sorties à l'extérieur, des émotions de tout genre. Malgré ces précautions il arrive souvent que la folie procède par oscillations. Il y a des moments d'aggravation et d'amélioration; la convalescence n'a pas lieu d'une manière progressive; elle a lieu par sauts, par bonds, par oscillations. C'est en général le mode le plus habituel de la guérison de la folie.

Cette convalescence peut être très longue et durer

plusieurs mois. On est obligé de prendre les plus grands ménagements pour éviter les rechutes et les accès nouveaux, et ce n'est qu'après un long temps d'attente, après mille précautions qu'on peut se décider à rendre le malade à sa famille et à la société avec quelque sécurité.

Il y a des folies qui guérissent très-bien; d'autres laissent des traces morales. C'est une guérison qui est très-sujette aux rechutes. Non-seulement parce qu'il y a des folies intermittentes, mais parcequ'il y a des folies contraires, dans lesquelles la guérison est quelquefois incomplète et laisse des traces dans le moral des individus rendus à la famille et à la société. Il y a donc des convalescences incomplètes et des guérisons incomplètes.

La terminaison par la chronicité fera l'objet d'une étude particulière; lorsque nous arriverons à l'étude des formes chroniques, j'insisterai sur le caractère qui indique le passage de l'état aigu à l'état chronique. Le délire tend à se systématiser et même à se stéréotyper; les conceptions délirantes deviennent immodifiables; le malade répète les mêmes idées, les mêmes expressions, et paraît même quelquefois ne pas remarquer les personnes auxquelles il s'adresse. Il y a une forme de délire qui indique

que la maladie est passée à l'état chronique.

Esquirol et d'autres auteurs ont dit que toute folie chronique se transformait en démence. Ce fait a besoin d'explication. Si l'on entend par démence un simple affaiblissement relatif de l'intelligence, cela est très-exact. Mais ce degré est bien loin d'être toujours aussi prononcé qu'il l'est dans les démences d'origine cérébrale, apoplectique et paralytique. Dans ces cas les phénomènes sont plus prononcés que ceux de la démence de la folie chronique, qui ne sont pas encore arrivés à une véritable démence. C'est donc une erreur de proclamer que tous les aliénés passés à l'état chronique sont nécessairement des déments.

Il y a des folies chroniques qui sont encore compatibles avec l'exercice de beaucoup de facultés et certains malades, après 20 ou 30 ans de séjour dans un asile, jouissent encore d'une activité intellectuelle souvent très-remarquable.

Après ces deux terminaisons de la folie que je ne fais qu'indiquer que sous une forme tout à fait générale, j'arrive à la troisième terminaison qui est la terminaison par la mort. Cette terminaison tient souvent à quelque incident et la mort n'est pas toujours

le résultat de la maladie cérébrale elle-même ; c'est même assez rare, presque toujours la mort est déterminée par des maladies incidentes. Ce serait une erreur de dire que jamais les aliénés ne meurent par le cerveau ; on attribue leur mort à des maladies autres que des maladies cérébrales, mais il y en a qui meurent par le cerveau. M. Calmeil a publié deux volumes dans lesquels il a collectionné un grand nombre de faits non-seulement de paralysie générale, mais de toutes les formes de maladies cérébrales qu'on observe chez les aliénés. Il a fait à Charenton quarante observations consciencieuses, non-seulement de malades pendant leur vie, mais encore après leur mort avec autopsie. Il résulte de ces observations qu'il y a beaucoup d'aliénés par des accidents cérébraux. C'est une erreur assez répandue que la folie est inoffensive et qu'elle n'entraîne pas la mort par l'effet même de la maladie cérébrale. Il y a un certain nombre d'aliénés qui meurent avec des hémorrhagies, des méningites encéphaliques ou des accidents convulsifs ; mais il y en a aussi qui meurent par le cerveau. Et ceci est applicable non-seulement aux formes organiques de la folie dans laquelle on constate des lésions évidentes, mais aux formes qui paraissent les plus voisines de l'état

normal, par exemple, à la folie raisonnante. Dans les folies lucides il y a des accidents physiques qui se manifestent, par exemple, à l'époque de la puberté et pendant la vie des individus, à divers intervalles sous forme de congestions, de convulsions, et avant la mort. La plupart des individus atteints de folie raisonnante lucide, de folie d'action, dont la folie est même quelquefois complè=:tement par le cerveau avec des accidents cérébraux physiques parfaitement constatables et qui se reproduisent plusieurs fois pendant le cours de leur existence. Dans toutes les folies donc il peut se présenter des accidents convulsifs ou autres qui peuvent même déterminer la mort. Quoi qu'il en soit, c'est le plus souvent par des maladies incidentes que meurent les aliénés.

Esquirol a établi comme principe que les guérisons s'accompagnaient souvent de phénomènes critiques, c'est-à-dire de maladies aiguës qui pouvaient déterminer la guérison de la folie. Ces maladies sont, par exemple, l'éruption des furoncles, la réapparition d'une ancienne maladie de peau, la réapparition des règles, le retour d'hémorrhoïdes également supprimées pendant longtemps; il y a ~~ex~~ un grand nombre de maladies incidentes qui surviennent dans le cours de la

folie et qui peuvent déterminer la guérison. Eh bien, d'autre part, il y a des maladies incidentes qui peuvent déterminer la mort. Les aliénés ne sont pas plus exempts que les autres hommes de toutes les maladies incidentes qui peuvent survenir, soit épidémiquement, soit individuellement. C'est une erreur de croire qu'un homme, par cela même qu'il est aliéné, est soustrait aux influences générales des épidémies pendant le temps qu'elles durent. Les observations prouvent le contraire ; nous avons constaté à la Salpêtrière et à Bicêtre qu'il en est mort du choléra autant que des autres personnes.

Il en est de même des causes occasionnelles des maladies, du chaud et du froid, par exemple, qu'on a considérés comme étant exempts d'inconvénients pour les aliénés, et qui peuvent parfaitement occasionner des pneumonies des rhumatismes, des maladies mortelles. On a publié plusieurs travaux importants sur ce sujet, entre autres MM. Aubanel et Thore ont fait un volume sur les maladies incidentes de la folie. Or dans ce volume se trouvent réunies la plupart des maladies qui existent chez les autres hommes, pneumonie, phtisie, rhumatismes ; toutes les maladies existent également dans les asiles d'aliénés et peuvent déterminer la mort.

Dans certains asiles, surtout autrefois, il y avait d'autres causes supplémentaires, c'était l'absence de précautions hygiéniques. Dans les anciens auteurs il est question de maladies incidentes très-fréquentes qui tiennent, comme le scorbut par exemple, à des conditions hygiéniques détestables ou à l'insuffisance et à la mauvaise qualité de la nourriture. Dans certains asiles d'Italie, l'ingestion de maïs altéré était aussi une cause fréquente de maladie. Ces causes ont disparu dans la plupart des nouveaux asiles grâce à de meilleures conditions d'hygiène et d'alimentation. Mais il n'en est pas de même des maladies incidentes ordinaires. Les aliénés peuvent être atteints de pneumonie, de diarrhée, d'entérite, de maladies mortelles. La plupart des aliénés meurent donc par des maladies incidentes.

J'aurais voulu insister plus longuement sur certains cotés de la marche des maladies mentales, mais je serais obligé d'envahir sur l'étude des formes particulières de la folie. J'ai voulu tacher de commencer ce cours par une pathologie générale appliquée aux formes de la folie; c'est le but que j'ai rempli, je crois. Jusqu'à présent j'ai dû me borner à des généralités sur les symptomes qu'on observe dans la plupart des formes de la folie. Il me reste maintenant dans la seconde partie de ce cours à aborder l'étude de la pathologie spéciale. C'est ce qui fera l'objet des leçons

suivantes. Dans la prochaine leçon je vous exposerai la classification des diverses formes de la folie avant d'entrer dans l'étude de la pathologie spéciale. J'arriverai ensuite à l'étude de la manie et de la mélancolie, puis des formes particulières des maladies mentales.

189.

8e Leçon.

9 Décembre 1876.

Messieurs,

Nous allons aborder la seconde partie de ce cours, c'est-à-dire l'étude de la pathologie spéciale de la folie, ou l'étude des diverses formes qui sont aujourd'hui reconnues dans la pathologie mentale. Mais avant d'aborder l'étude de ces diverses formes, il faut dire quelques mots des classifications, non pas des classifications qui ont été proposées dans tous les temps, ce serait un sujet beaucoup trop étendu et beaucoup trop aride, mais des classifications actuellement régnantes. Il est indispensable de vous dire quelques

184. mots de ces classifications avant d'entrer dans le détail de la description des différentes formes de la folie.

Je n'insisterai pas sur la nécessité des classifications dans la science. C'est un sujet qui s'applique à toutes les sciences et qui a été traité par les hommes les plus distingués, surtout dans les sciences naturelles.

Aujourd'hui on serait assez disposé à nier l'utilité des classifications. Plusieurs auteurs déclarent qu'il suffirait d'étudier les faits individuellement, purement et simplement, sans les soumettre à un classement. On est assez disposé à croire aujourd'hui que les classements sont faits d'une manière arbitraire, théorique, se basent sur des idées préconçues et ne répondent pas exactement à la réalité des choses. Ceci est vrai dans un certain nombre de classifications. Mais vouloir supprimer les classifications de la science, ce serait nier l'essence même de l'esprit humain. Il est impossible à un homme d'embrasser d'un seul coup d'œil tous les faits particuliers sans les classer, sans les disposer par groupes au point de vue de leurs analogies ou de leurs différences. Ce travail de groupement, de classement est tellement inhérent à l'esprit humain qu'il existe même chez les enfants et chez les peuples enfants. Chez les enfants on est étonné,

quand on étudie attentivement la psychologie des enfants, de constater combien ils font d'abstractions. Il semblerait que les abstractions sont le résultat de l'évolution successive de l'esprit humain et qu'elles ne peuvent naître qu'à un âge avancé; eh bien, au contraire, c'est par les abstractions que l'esprit humain commence. On commence par saisir les objets en groupes, en bloc avant de les détailler et de les étudier individuellement. C'est ainsi qu'on commence par l'idée générale d'arbre, de maison, avant d'arriver à détailler chaque arbre, chaque maison en particulier.

Les langues primitives sont une preuve à l'appui de cette idée, qui est du reste un fait d'observation vulgaire; les langues primitives contiennent des mots beaucoup plus généraux que les langues plus avancées et appartenant aux peuples civilisés. A mesure qu'on avance dans l'évolution du langage, on s'aperçoit que les mots se rétrécissent et renferment un nombre d'objets beaucoup moins considérable. Dans les langues primitives on commence par une expression extrêmement générale, qui embrasse un très grand nombre de faits; et peu à peu on décompose ces expressions et on accepte plusieurs expressions secondaires pour les diverses variétés qui rentrent dans cette catégorie très-générale.

 Toutes les langues, telles qu'elles sont constituées, reposent sur cette disposition naturelle de l'esprit humain, qui consiste à embrasser un grand nombre de faits sous un même nom. Les langues humaines ne seraient pas possibles, si on n'avait pas de ces expressions générales réunissant qu'un groupe de faits particuliers.

Cette nécessité existe également pour les sciences; il est impossible de s'abstenir de faire des classifications. On ne peut pas étudier des faits particuliers très nombreux, comme il y en a dans toutes les sciences, sans les grouper, sans les réunir par catégories et par catégories hiérarchisées. C'est un besoin général qui a été constaté dans toutes les sciences et qui est inévitable. Ceux mêmes qui voudraient y échapper et repousser les classifications admises jusqu'à ce jour, seraient obligés malgré eux d'avoir recours à des classifications provisoires, artificielles, arbitraires pour les besoins de l'exposition qu'ils voudraient établir.

Les sciences naturelles ont précédé de beaucoup la médecine au point de vue des classifications. Dans toutes les sciences naturelles des hommes très distingués se sont spécialement occupés de la question des méthodes artificielles et naturelles. Dans la botanique, dans la zoologie il est

impossible d'ouvrir un livre sans trouver des données parfaitement établies sur les deux sujets. Nous n'avons donc qu'à profiter pour la pathologie de ces données qui sont empruntées aux sciences naturelles.

Nous savons tous qu'il y a deux espèces de classifications, les classifications naturelles et les classifications artificielles. Les classifications artificielles reposent sur un seul caractère ou sur un petit nombre de caractères; les classifications naturelles reposent au contraire sur un ensemble de faits coordonnés et hiérarchisés. Ce sont ces deux ordres de classifications qui ont été successivement adoptées dans les sciences naturelles et qu'on rencontre également dans la pathologie.

En botanique on est arrivé sous ce rapport à une progression remarquable. La classification est établie d'après les caractères extérieurs des plantes, d'après leurs formes, la couleur de leurs corolles, etc, c'est la méthode de Tournefort. Linnée a fait un progrès en établissant la classification d'après les rapports des organes génitaux entre eux, c'est-à-dire des pistils et des étamines, selon qu'ils sont insérés au-dessus ou au-dessous de l'ovaire et d'après les caractères de l'ovaire lui-même. C'est une classification plus élevée que celle de Tournefort. Mais ce n'était encore qu'une classification

artificielle, puisqu'elle ne reposait que sur un seul ordre de caractères au lieu de reposer sur l'ensemble des faits.

C'est Jussieu qui a commencé à introduire dans la botanique la méthode naturelle, le classement des faits d'après un ensemble de caractères subordonnés et hiérarchisés. Car ce n'est pas seulement l'ensemble des caractères, c'est la subordination qui constitue la méthode naturelle.

Tous ces faits généraux ont trouvé leur application en médecine. Pour qu'une méthode soit naturelle, il faut trois caractères principaux. Il faut qu'elle repose sur un ensemble de caractères, non pas sur un seul; il faut qu'elle soit caractérisée par un ensemble de symptômes; la seconde nécessité des classifications naturelles, c'est que ces caractères soient subordonnés, c'est-à-dire qu'il y ait un caractère principal dominant tous les autres et qui à lui seul suffit pour faire deviner l'existence de la plupart des autres caractères, ou qu'on puisse en induire l'existence d'autres caractères secondaires. Ce n'est qu'à cette condition qu'on peut faire des familles naturelles. Il en est de même pour la pathologie ordinaire. Dans les maladies virulentes, par exemple, comme la variole par inoculation, étant donné le liquide qu'on inocule, vous pouvez à partir du premier point de départ déduire toutes

les phases et toutes les évolutions ultérieures du mal. Vous avez un ensemble de caractères qui sont possibles à prévoir en vertu de ces premières données. Un troisième caractère d'une méthode naturelle, c'est l'évolution. En botanique cette évolution est représentée par le développement de la graine, qui devient tige, fleur et fruit. En pathologie il en est de même; il y a également une évolution de la maladie; elle a ses périodes d'invasion, d'état, de déclin, de convalescence ou de passage à l'état chronique. Ce caractère est aussi essentiel en pathologie qu'en histoire naturelle.

Il faut donc pour qu'une classification soit naturelle, non-seulement qu'elle repose sur un ensemble de caractères, mais que ces caractères permettent de prévoir une marche déterminée.

Or, malheureusement ces caractères essentiels d'une méthode naturelle n'existent pas dans nos classifications actuelles. Nos classifications actuelles sont extrêmement insuffisantes; elles sont encore artificielles et ne présentent pas ces caractères indispensables des méthodes naturelles. ×

On a cherché dans la pathologie mentale à faire reposer les classifications sur des bases diverses. On a cherché d'abord à les faire reposer sur l'anatomie pathologique. On a

190. étudié avec beaucoup de soin même dans ces derniers temps l'anatomie pathologique de la folie, soit au point de vue de l'anatomie ordinaire, soit au point de vue microscopique. On est arrivé à certains résultats importants surtout en ce qui concerne la paralysie générale. On commence à avoir certaines données très précises et très nettes qui permettent de rattacher la maladie à des lésions déterminées. Mais il n'en est pas de même des autres formes de la folie. On trouve bien, à l'autopsie, quelques lésions appréciables, mais elles sont très secondaires; on constate des opacités des méninges, des épanchements, des circonvolutions, des ramollissements du cerveau; mais toutes ces lésions n'ont pas pu être rattachées jusqu'à présent à certains symptômes bien déterminés et établir des relations précises et certaines entre les lésions trouvées à l'autopsie et les phénomènes observés pendant la vie.

Il n'est donc pas possible pour le moment d'établir une classification des maladies mentales basée sur l'anatomie pathologique. Jusqu'à présent nos moyens d'investigation n'ont pas été suffisants pour établir une relation entre les lésions du cerveau et les phénomènes observés pendant la vie. Ce moyen n'est donc pas suffisant pour établir une classification générale de la folie.

On a cherché une autre base, qui a été suivie par un plus grand nombre d'auteurs, c'est la base psychologique. Le travail a été fait avec beaucoup de soin par des auteurs très éminents soit à l'étranger, soit en France. A l'étranger, en Allemagne, par exemple, nous avons toute une école, qui a suivi cette étude et l'a poursuivie jusque dans ses derniers détails. On a adopté les classements qui avaient été établis par les méthodes philosophiques et on les a transportés purement et simplement dans l'étude de la folie.

De même qu'on admettait chez l'homme à l'état normal trois grandes catégories de facultés : le sentiment, l'intelligence et la volonté, de même on a adopté trois espèces de folies : folie de la sensibilité, folie de l'intelligence, folie de la volonté. C'est là la grande division qui a été acceptée par la plupart des auteurs psychologues.

Indépendamment de ces grandes divisions, on a créé des subdivisions d'après des facultés spéciales, comme la mémoire, le jugement, etc ; mais ce ne sont là que des catégories secondaires établies d'après les facultés admises à l'état normal par les moralistes.

Il y a en Allemagne

qui a étudié le côté du sentiment, des passions, comme d'autres

- auteurs avaient étudié le côté de l'intelligence proprement dite. En France, plusieurs médecins ont suivi cette voie. Pinel et Esquirol avaient adopté dans une certaine mesure la classification psychologique pour l'adapter à leur classification des maladies mentales. D'autres auteurs se sont engagés dans la même voie et ont cherché à préciser davantage. Nous avons à notre époque Parchap, Renaudin, Baillerger, qui ont cherché à étudier la folie au point de vue des facultés admises à l'état normal. Parchap a cherché à établir une classification de tous les symptômes de la folie, basée sur un tableau synoptique emprunté à la psychologie normale. Il a commencé par faire un grand tableau dans lequel il subdivisait d'abord toutes les facultés sous une forme générale; puis il en constituait des variétés de plus en plus spéciales. Après avoir établi ce tableau emprunté à l'état normal, il a cherché parmi les aliénés des exemples de lésions de chacune de ces facultés ou portions de facultés. C'est un travail très ingénieux, très minutieux, mais qui en somme n'a pas conduit à de grands résultats pratiques.

Que veut le médecin, en effet, dans les classifications? Il veut arriver aux pronostics, aux diagnostics et au traitement. Ce sont là les trois buts pratiques du médecin. Or les classifications qui devront l'y conduire ne peuvent reposer que sur des états

vraiment naturels, vraiment existants dans la nature, et non pas sur des divisions arbitraires, incomplètes, artificielles, faites dans un cabinet. Ce n'est pas parce qu'un malade aura une lésion de la volonté ou des parties de la volonté, qu'on pourra arriver à conclure qu'il appartient à telle catégorie d'aliénés, que sa maladie aura telle marche et qu'on peut lui appliquer un mode de traitement en rapport avec son état particulier. Il n'y a pas de relation possible entre ces classifications faites dans un cabinet et les besoins de la pratique générale médicale journalière. X

Il en est de même de toutes les facultés. Ces lésions isolées des facultés peuvent exister dans les formes et les périodes les plus diverses des maladies mentales, de sorte qu'on ne peut pas conclure de l'existence d'une de ces lésions à la marche ultérieure de ces maladies. Cette classification ne remplit aucune des conditions des méthodes naturelles. Les classifications basées sur la psychologie n'ont donc pas donné ce qu'elles avaient promis. On n'a obtenu sous ce rapport que des classements tout-à-fait artificiels, qui ont un certain intérêt au point de vue de l'ingéniosité du travail de cabinet, mais qui n'ont pas d'application pratique véritable.

Nous ne pourrons donc faire reposer les classifications

des maladies mentales ni sur l'anatomie pathologique, ni sur la psychologie.

On s'est demandé si on pouvait les faire reposer sur l'étude des organes autres que le cerveau, et c'est ainsi que s'est constituée l'école somatique allemande. Cette école a eu en Allemagne un grand succès et elle se perpétue de nos jours; elle produit de grands travaux, très intéressants, et qui ont eu leur utilité. Jacoby est le chef de cette école et a eu beaucoup d'élèves qui se sont succédés en Allemagne depuis le commencement du siècle et qui ont produit des ouvrages très nombreux et très remarquables. Mais leur tentative a été également une tentative stérile au point de vue de la pratique médicale. Ils avaient exagéré un côté vrai, mais très accessoire d'une autre science spéciale; ils avaient insisté sur les phénomènes physiques, mais surtout empruntés aux organes autres que le cerveau. Ils partent de cette donnée générale qui est certainement fausse dans sa généralité, qu'il y a des folies sympathiques et idiopathiques, que la folie ne serait qu'un délire dépendant des divers organes de l'économie, c'est-à-dire de lésions du cœur, du poumon, de l'intestin, du foie, etc. Eh bien, cette donnée générale est tout-à-fait fausse.

En France, nous avons peut-être le tort d'être exclusivement cérébristes, c'est-à-dire que nous croyons que les diverses formes de la folie sont dues uniquement aux lésions du cerveau. Il est possible d'admettre qu'il y a quelques folies sympathiques; mais le nombre en est très restreint et vouloir admettre qu'il y en a un très grand nombre qui ne soit pas dues à l'état du cerveau, c'est le contraire de l'observation vraie. Cette classification de la folie en folie cardiaque, en folie pulmonaire, en folie abdominale avec des divisions et des subdivisions correspondantes n'a donc pas raison d'être. Dans notre opinion ce n'est pas sur des organes autres que le cerveau nous devons faire reposer la classification, puisqu'ils sont secondaires, consécutifs et non pas la portion principale des maladies mentales.

Après avoir éliminé ainsi trois bases principales de classification, nous arrivons naturellement à la quatrième qui est la base symptomatique. On en a dit beaucoup de mal et on a eu raison à certains points de vue; mais pour les névroses en particulier c'est la seule méthode qui soit aujourd'hui applicable, comme dans l'étude de l'épilepsie, par exemple.

Nous ne pourons donc pas nous baser sur les

196. lésions anatomiques déterminées ; nous sommes obligés de nous borner à faire un complexe de symptômes pour caractériser ces états nerveux ; les lésions anatomiques sont insuffisantes pour le classement.

Il en est de même à plus forte raison pour la pathologie mentale. Nous sommes obligés de nous borner aujourd'hui à cette étude symptomatique ; mais au lieu d'étudier les symptômes isolément, il faut les étudier dans leur complexité, c'est-à-dire réunir les symptômes qui se trouvent habituellement réunis les uns aux autres et conclure de cette réunion de symptômes à la marche probable ultérieure de la maladie. Il faut tâcher de baser nos classifications X sur ces deux caractères : d'abord sur l'ensemble des symptômes physiques et moraux et ensuite sur leur ordre de succession. Ce n'est qu'à la condition de découvrir certaines formes des maladies mentales qui participent de ces deux caractères basés sur un ensemble de phénomènes physiques et moraux et sur une marche déterminée, que nous pourrons arriver à classer des formes naturelles utiles pour le médecin, qui permettent d'établir un pronostic et un diagnostic et de baser là-dessus un traitement rationnel que l'expérience pourra confirmer. Nous sommes donc obligés d'arriver

à la classification symptomatique.

Seulement il y a symptômes et symptômes. Au lieu de nous borner à l'observation d'un seul, ce qui constitue la méthode artificielle, il faut tâcher d'arriver à des groupes de symptômes, coordonnés les uns avec les autres, ayant une marche déterminée.

Aujourd'hui dans la science régnante, la classifi:=cation qui a résisté à trois générations, celle de Pinel et d'Esquirol, a été empruntée aux anciens. On trouve dans tous les auteurs anciens des définitions, des descriptions de la manie et de la mélancolie. Ce sont ces deux formes principales qui ont été de nouveau consacrées par Pinel et par Esquirol. Cette classification repose sur deux caractères très-généraux. Sous ce rapport elle a déjà un avantage sur plusieurs autres. Elle repose sur l'étendue du délire. Ainsi l'état maniaque repose sur deux caractères : le délire est général et le délire est accompagné d'excitations. Voilà la base. Le mot de délire général veut dire que le délire a lieu partout, non sur certains points particuliers, mais porte sur l'ensemble des facultés. Le délire n'est pas concentré, restreint sur un point déterminé. De plus le maniaque est atteint de délire avec excitation ; c'est-à-dire qu'il y a dans ses mouvements une

activité, un désordre, un besoin de manifestations extérieures qui n'existe pas du tout chez les mélancoliques. Tels sont les deux caractères qui séparent la manie du délire partiel.

Le délire partiel repose sur des caractères inverses. Les malades ont un certain nombre d'actions particulières déterminées sur lesquelles le délire ne porte pas; le délire n'atteint pas un certain nombre d'actes et de sentiments. Mais en dehors de cette sphère restreinte du délire, ils conservent l'apparence de la raison. Un malade atteint de délire partiel cause comme un homme raisonnable, vous aborde comme une personne saine d'esprit; il n'a pas de manifestations extérieures du délire; c'est en cela qu'il diffère du maniaque. C'est sur cet ensemble de caractères que repose la base de la classification de Pinel et d'Esquirol.

Il y a, selon eux, deux catégories principales d'aliénés: ceux dont le délire est sensible à tous les yeux, se manifeste sur toutes sortes de sujets, et ceux au contraire dont on découvre le délire que par une observation attentive, parce qu'il ne porte que sur des séries restreintes de sentiments et de passions et non pas sur l'ensemble des facultés. Le premier genre représente ce que les auteurs de romans et de pièces de théâtre admettent come type du délire. Quand on n'a pas vécu dans un asile d'aliénés, on s'imagine que tous les aliénés délirent d'une façon

ostensible, visible à première vue, comme dans les romans, ou dans les pièces de théâtre. Cette catégorie est certainement la moins nombreuse de toutes; les maniaques sont moins nombreux que les mélancoliques. Quand on visite les asiles, on est étonné du caractère généralement raisonnable de la plupart des malades qu'on a sous les yeux; on est tellement étonné qu'on ne croit pas à leur maladie et on se dit que c'est sans motif qu'on les a enfermés et qu'ils ne sont pas malades. Ceux-là sont infiniment plus nombreux que les malades atteints de délire général; il y a plus de mélancoliques que de maniaques. Le grand nombre de malades atteints de délire partiel a obligé les auteurs à faire une subdivision principale. Parmi ces derniers malades déjà, en Amérique, Rush avait admis les aménomanes et les mélancoliques, c'est-à-dire les délires gais et les délires tristes. Pinel lui-même dans ses ouvrages établit cette distinction sans avoir créé un mot pour la désigner. Pour Pinel les mélancoliques représentent le délire partiel, triste ou gai, quoique mélancolie soit en général synonyme de tristesse; mais ils n'étaient pas autre chose que des malades atteints de délire partiel, triste ou gai.

Esquirol, élève de Pinel, a adopté cette classification; mais ce point de vue avait apporté une modification importante

 et il a fallu consacrer par un mot cette distinction fondamentale; il a donné le nom de monomanie au délire partiel que Rush avait appelé aménomanie. Cette addition est extrêmement importante et elle a eu des conséquences nombreuses dans la pratique et surtout au point de vue de la médecine légale. Pour la création d'un mot nouveau, il a établi non-seulement plus de précision, mais il a introduit une idée nouvelle. Cette idée a été très exagérée soit par lui-même, soit par ses successeurs. On l'a prise à la lettre, dans le sens rigoureux de son étymologie et on est arrivé à dire qu'il y avait des malades délirants sur un seul sujet ou sur une seule série d'objets. Ceci est une exagération. Il y a des malades dont le délire est très restreint; mais delà à arriver à l'unité il y a loin; et lorsqu'on étudie exactement les aliénés tels qu'ils sont, on constate que le délire n'est jamais aussi restreint que l'indique le mot de monomanie. Il n'y a pas de délire unique, portant sur un seul point ou sur une seule série d'idées. C'est un fait que mon père a établi de la façon la plus évidente. Mon père a cherché depuis l'époque de sa thèse, en 1819, à montrer que la monomanie, telle que la comprenait Esquirol, n'existait pas dans le sens rigoureux du mot. Or, aujourd'hui, tout le monde n'admet pas absolument cette doctrine, mais on

s'en rapproche de plus en plus et ceux qui admettent encore l'existence de quelques monomanies reconnaissent que ces cas sont extrêmement rares.

Vous le voyez, voici déjà trois grandes formes admises dans la classification actuelle des maladies mentales, formes aussi très anciennes : la manie, la mélancolie et la monomanie.

Il y a une quatrième forme, c'est la démence ; mais la démence est une forme très mal limitée. Jusqu'à présent pour Pinel et pour Esquirol la démence consiste dans l'oblitération des facultés intellectuelles ; c'est le dernier degré de l'affaiblissement intellectuel ; c'est presque la nullité intellectuelle. Or cet état mental se rencontre dans quelques affections organiques du cerveau, dans la démence paralytique ou apoplectique, affections organiques dues au ramollissement ou à des tumeurs cérébrales ; mais cela se rencontre rarement dans l'aliénation mentale proprement dite. Dans l'aliénation mentale les délires chroniques présentent bien de la faiblesse intellectuelle de plus en plus grande à mesure que le malade marche vers la chronicité ; mais delà à la démence complète il y a encore loin. La démence consiste dans la nullité intellectuelle ou dans une incohérence complète d'idées ; c'est un flux intarissable de paroles sans pensées. Ces cas extrêmes sont très rares dans

 les asiles d'aliénés, même chez les aliénés chroniques. Depuis 20, 30 ou 40 ans on n'a pas vu se présenter ce degré extrême de débilité intellectuelle. J'aurai plus tard à insister sur ces caractères de la démence telle qu'elle existe dans les asiles d'aliénés, caractères bien différents de la démence consistant dans l'oblitération absolue de la pensée.

Quoi qu'il en soit, on appelle aujourd'hui déments des malades arrivés à l'état chronique; mais voyez combien cette forme est vague et mal déterminée, puisqu'elle comprend à la fois des malades qui raisonnent encore très bien et d'autre part des malades arrivés au degré extrême de débilité intellectuelle.

A côté de ces quatre formes et au-dessous d'elles, X Pinel et Esquirol en ont placé une cinquième, l'imbécillité et l'idiotisme. Ce sont là deux degrés de la faiblesse intellectuelle native; ces deux degrés ne sont pas à proprement parler de véritables maladies mentales; ce sont des états organiques primitifs, congéniaux, qui existent dès la naissance et qui se perpétuent pendant toute la vie. Plusieurs auteurs se sont même demandé si l'imbécillité et l'idiotisme devaient rentrer dans les maladies mentales. Quoi qu'il en soit, en général on les y comprend et après avoir décrit la manie

la mélancolie, la monomanie et la démence, on fait un chapitre sur l'imbécillité et l'idiotisme.

Il faut donc admettre que dans la classification régnante nous avons cinq formes principales des maladies mentales. Cette classification est très artificielle; elle repose sur un petit nombre de caractères qui ne permettent pas de prévoir la marche ultérieure de la maladie; il n'est pas possible de dire à priori ce que deviendra un maniaque, un mélancolique ou un monomane. Il n'y a pas d'évolutions morbides liées intimement, nécessairement à ces formes admises dans la classification. Par conséquent, ce ne sont pas des formes naturelles, puisqu'elles ne reposent pas sur un ensemble de caractères déterminés et surtout sur une marche déterminée. Cette classification prête donc beaucoup à la critique et elle a été très attaquée, même par les élèves les plus directs d'Esquirol. Mais Baillarger, dans son Essai sur les classifications, a attaqué cette classification sur un point principal; c'est au point de vue des mélancoliques. Il a fait une observation très juste; il a dit: "Parmi les mélancoliques je vois deux catégories essentiellement différentes: les uns ont une nullité intellectuelle presque complète; ils ne pensent plus, ils n'ont plus l'activité intellectuelle, ils sont dans la dépression appelée

 la stupidité ou même l'idiotisme accidentel; ils sont arrivés à un tel degré d'aliénation cérébrale qu'ils n'ont plus de manifestations; eh bien ces malades sont des mélancoliques; ils appartiennent à la catégorie des malades atteints de trouble général de l'intelligence; c'est une intelligence qui ne fonctionne plus, qui est inerte; ce n'est pas là une intelligence qui est arrivée à un état de suspension momentanée; ce n'est pas là un trouble partiel de l'intelligence; ces mélancoliques ne doivent pas être placés dans la catégorie des délires partiels; ils devraient avec bien plus de raison être mis parmi les délires généraux."

Il y a une catégorie de mélancoliques qui se rapprochent beaucoup plus des délires généraux que des délires partiels. D'un autre côté aussi il y a certains malades dits mélancoliques qui n'ont aucun des caractères généraux de la mélancolie comme, par exemple, les malades atteints de délire de persécution; ils sont bien loin de présenter les caractères généraux de la mélancolie. Les mélancoliques, dit-on, sont silencieux, immobiles; ils restent assis sans faire aucun mouvement; ils n'ont pas de manifestations; il y a un ralentissement dans la circulation; toutes leurs fonctions sont suspendues. Au contraire, chez les malades atteints de délire de persécution

il y a une activité très-grande ; ils se croient persécutés, font des réclamations sans fondement aux autorités, ils écrivent des lettres, font des voyages ; ils ont tous les attributs des monomaniaques et ne ressemblent en rien aux types qu'on a décrits de la mélancolie.

Il y a donc ici deux grandes divisions tout-à-fait distinctes : les mélancoliques dont le délire est général et les mélancoliques dont le délire est restreint, qui se rapprochent infiniment des monomaniaques, c'est-à-dire des délires partiels. Il faut donc séparer le groupe d'Esquirol en deux catégories, dont l'une passera dans le délire général, tandis que l'autre restera dans le délire partiel. Cette observation est extrêmement juste et il est impossible de ne pas en tenir compte dans la classification aujourd'hui adoptée.

En combattant l'idée de la monomanie, mon père a fait de son côté une nouvelle attaque très-importante à la classification régnante. Cette attaque a contribué à démontrer que la monomanie différait essentiellement du tableau d'Esquirol. En effet, les monomanes ont souvent des paroxismes, des moments, des périodes pendant lesquels leur délire devient beaucoup plus étendu. La

206 part des malades atteints de délire partiel ont des périodes de délire plus général, pendant lesquelles ils sont très troublés, où leur intelligence est plus confuse, plus vague, plus incohérente, pour employer un mot plus saillant, que dans les états de délire partiel ordinaire. Par conséquent, il n'est pas juste de dire que la monomanie a toujours les apparences de la raison. Il y a chez les malades atteints de délire partiel, des périodes de paroxisme qui se rapprochent plus ou moins de l'état maniaque. Par conséquent, la limite artificielle établie entre les délires généraux et les délires partiels tend de plus en plus à s'effacer. M. de Lasicaure a fait de son côté également une autre observation qui tend à détruire la limite artificielle entre les délires généraux et les délires partiels. Il a fait cette remarque qu'il y a deux espèces de monomanes. La première est celle des monomanes dont le délire est en quelque sorte systématisé, raisonné, logique, comme dit Esquirol, part d'un point de départ faux pour en déduire des conséquences logiques; les prémisses seules sont fausses, les conséquences peuvent être très-exactes et sont en rapport avec les prémisses. C'est ce que M. de Lasicaure a appelé le délire syllogistique ou logique.

A côté de ces monomanes, qui sont les seuls monomanes, selon lui, il y a une autre catégorie qui présente, au contraire, des variétés, des accès; ils sont sous l'influence d'un état organique encore indéterminé; ces malades entrent tout-à-coup dans un état de trouble général qui fausse leurs idées et leurs sentiments; ils éprouvent des impulsions, des hallucinations; tout fermente à la fois dans leur tête d'une façon en quelque sorte automatique sous l'influence d'un mouvement cérébral pathologique; ils ne se fixent à aucune idée; il y a de grandes douleurs, des émotions d'une nature très-diverse qui circulent dans leur cerveau, disparaissent et flottent successivement sur ce fond maladif sans que le malade s'attache d'une manière déterminée à aucune de ces idées, à aucune de ces émotions. C'est le délire qui se rapproche du délire toxique, dans lequel le malade est en proie à une foule de conceptions étranges qui surgissent inopinément dans son esprit sans qu'on puisse remonter à leur source, ni se rendre compte de leur mode de génération; c'est une sorte de génération spontanée du délire.

Cet état général est très-différent de celui du délire partiel. Au lieu d'être coordonné, groupé autour d'une

908

certaine idée déterminée, le délire est flottant et diffus, c'est-à-dire qu'il se porte tantôt sur un sujet, tantôt sur un autre. Il ne se rapproche donc pas du délire de l'état maniaque. C'est ce qu'on a appelé la pseudomanie pour l'opposer à la manie systématisée.

Vous voyez donc, pour ne parler que des points culminants, que plusieurs élèves de Pinel et d'Esquirol ont déjà dévié de la classification primitive et l'ont attaquée sur plusieurs points importants. Cette classification qui règne encore aujourd'hui sans conteste dans la science a donc déjà subi plusieurs attaques assez rigoureuses; elle est déjà très-ébranlée.

Mais une autre attaque plus importante a été faite dans ces dernières années par le Docteur Morel. M. Morel, de Rouen, a fait un traité des maladies mentales qui repose sur une classification absolument nouvelle. Cette classification a une base étiologique. C'est par l'étude de cette classification que je vais terminer cette leçon.

Je vous ai parlé jusqu'à présent des bases anatomique, psychologique, somatique et symptomatique; il reste une cinquième base de classification, c'est la classification étiologique. M. Morel a cherché à faire une tentative

dans ce sens. D'autres auteurs avaient déjà tenté pour certaines formes de maladies cette méthode étiologique.

D'abord l'alcoolisme aigu ou chronique est une forme reposant absolument sur la notion de la cause. Tous les détails qui ont été donnés sur le delirium tremens, toutes ces formes particulières qu'on a décrites, reposent entièrement sur la notion de la cause. C'est l'action des alcooliques qui détermine certains symptômes en rapport avec la cause spéciale. M. Morel a voulu tenter cette méthode pour d'autres causes. Il a commencé par déclarer que les formes de la classification existante n'étaient pas des formes naturelles, que la manie, la mélancolie, la monomanie n'étaient que des états pouvant survenir dans les conditions les plus diverses, pouvant se remplacer successivement chez le même malade et que, par conséquent, ces états étaient comparables aux états admis dans l'enseignement de la médecine, comme à la fièvre, à l'état etc. Ces états généraux, qui sont aujourd'hui, en général, repoussés de la classification médicale, c'est-à-dire ces états de manie, de mélancolie, de démence ne sont pas autre chose dans la pathologie mentale.

Partant de cette notion, il a cru que c'était faire un progrès que de remonter plus haut et de tâcher de

rattacher ces différents états à une cause spéciale. Il a donc cherché à établir une classification étiologique qui admet six classes.

Dans la première, pour procéder à reculons, parce que c'est peutêtre un procédé plus clair, se trouvent les folies sympathiques, c'est-à-dire qui sont seulement dues à des lésions d'organes autres que le cerveau.

Après les folies sympathiques viennent les folies idiopathiques, c'est-à-dire dues à une lésion des organes du cerveau déterminable à l'autopsie, comme la paralysie générale, la démence apoplectique, tumeurs diverses, ramollissements, etc. Ce sont-là les folies idiopathiques, c'est-à-dire dues à des lésions organiques appréciables à l'autopsie.

Après ces deux catégories viennent les folies pro=
=prement dites, c'est-à-dire les folies dont toutes les lésions ne sont pas possibles à déterminer. Ces folies peuvent être rattachées à plusieurs catégories, dont l'une comprend les folies déterminées par les névroses. Il a paru que certains malades commencent par être atteints de quelques névroses ou de névropathie générale avant de devenir aliénés et qu'il y a une sorte d'évolution dans la marche de la maladie ; parfois un individu aura une maladie nerveuse avant d'éprouver

une maladie mentale. M. Morel a rattaché à cette catégorie trois espèces principales de la folie, la folie apoplectique, la folie hystérique et la folie hypocondriaque. Il a étudié chacune de ces formes et y a rattaché des états qui dans la classification de Pinel et d'Esquirol ne rentrent pas dans la mélancolie, dans la monomanie et dans la manie. Par exemple, une partie des folies mélancoliques est entrée ainsi dans la catégorie du délire de persécution. Nous aurons à revenir sur cette donnée à propos de l'étude sur le délire de persécution.

Vient maintenant une quatrième espèce de folie, c'est la folie par intoxication. Dans ce groupe M. Morel fait entrer non-seulement les folies alcooliques, mais encore certaines espèces de folies qui sont très-peu connues et très-peu étudiées en dehors des asiles, par exemple, celles qui sont dues à des influences paludéennes ou à d'autres influences comme celles des grandes villes manufacturières; il en parle à propos de son étude sur les dégénérescences. Et enfin il a rattaché à cette classe le crétinisme, qui, par lui, est le résultat d'une intoxication provenant de la nature même du sol; c'est la théorie de l'évêque de Chambéry, à savoir que le crétinisme serait dû uniquement à la constitution géologique du sol; grâce à cette étiologie il a admis que le crétinisme rentrait

tous les folies par intoxication.

Enfin vient une dernière catégorie qui est la plus vaste et la plus contestée, c'est la folie héréditaire. Après avoir noté comme causes de la folie les lésions des organes autres que le cerveau, les lésions du cerveau lui-même, les névroses transformées en maladies mentales et enfin la folie par intoxication, il est arrivé à la cause la plus importante de la plupart des folies, à l'hérédité, et il lui a fait jouer un rôle prédominant. C'est sur ce point que sa classification a été surtout attaquée. On lui a reproché d'avoir voulu faire une forme de folie particulière d'un état de folie qui peut s'appliquer à toutes les formes ou presque à toutes; on lui a reproché surtout d'avoir voulu démontrer qu'il y a des caractères particuliers en rapport avec l'hérédité, que non-seulement elles étaient dues à l'hérédité, mais qu'elles avaient des caractères propres, un stigmate particulier soit dans le physique, soit dans le moral. Dans son traité des dégénérescences il a voulu établir que l'hérédité des maladies nerveuses et mentales laissait des traces tellement profondes qu'on pouvait à première vue reconnaître un aliéné héréditaire et le distinguer d'un autre. Nous aurons à revenir plusieurs

fois sur ce sujet. Ces stigmates, selon lui, reposent sur le physique et sur le moral; il admet des déformations du crane et des autres organes, le strabisme, le bégaiement, les tics particuliers de la face, des anomalies de l'organisation, des diversités qui coïncident avec les différentes formes des maladies mentales, signes physiques qui sont les stigmates de l'hérédité et qui joints à un trouble mental particulier permettraient de pronostiquer et de diagnostiquer une folie héréditaire.

Il y a beaucoup de vrai dans ces observations, mais cependant on n'est pas encore arrivé à démontrer avec certitude l'existence de la folie héréditaire comme folie spéciale. Quoi qu'il soit, j'ai voulu vous donner les indications générales et vous faire voir qu'on a cherché à faire reposer la folie sur une base étiologique.

Il y a donc cinq bases différentes pour les classifications de la folie; mais jusqu'à présent toutes ces classifications sont des classifications très-artificielles et très-insuffisantes; et nous sommes encore sous ce rapport dans l'enfance de l'art; nous ne sommes pas encore arrivés à des formes assez naturelles, assez bien déterminées pour qu'on puisse décrire avec exactitude et surtout prévoir la

214

marche ultérieure de la maladie ; nous en sommes encore à l'époque de Tournefort et de Linnée ; nous n'en sommes pas encore à celle de Jussieu. Cependant nous avons quelques formes bien déterminées et qui peuvent nous aider dans nos études. Nous avons d'abord la paralysie générale, qui est une forme qui s'est constituée peu à peu à l'état de protestation continuelle contre la classification dominante ; car qu'est-ce que c'est que la paralysie générale, sinon la négation absolue de la classification de Pinel et d'Esquirol ? Nous voyons à la fois, et successivement des monomanes, des maniaques, des mélancoliques et des déments ; le même malade passe successivement par ces diverses formes. Or, si cette classification représentait une méthode vraiment naturelle, il ne serait pas possible d'admettre que le même malade fût successivement monomane, maniaque, mélancolique et dément.

D'un autre côté, cette forme qui est aujourd'hui très-existante repose sur un ensemble de phénomènes, d'abord sur des lésions anatomiques qui sont de plus en plus étudiées avec soin, sur des symptômes physiques ayant une marche particulière, sur un embarras de la parole d'abord insensible, qui ensuite se manifeste de plus en plus et devient de plus en

plus intense ; et repose sur des faits physiques en même temps que sur un trouble mental particulier. Il y a dans le trouble mental des caractères spéciaux ; il y a le délire des grandeurs, le délire ambitieux, qui s'allie ainsi très-souvent au délire maniaque. Il y a des paralytiques atteints de délire mélancolique ; ils croient qu'ils n'ont plus de tête, plus de bouche, qu'ils sont transformés. Enfin il y a une marche particulière progressive, paroxistique et ayant des rémissions et des exacerbations, mais aboutissant fatalement et pro=gressivement à la démence, à l'incurabilité et à la mort par des convulsions, par des attaques épileptiformes ou le marasme. Elle réunit donc les conditions dont je vous parlais tout-à-l'heure comme base des diverses formes naturelles.

Eh bien, si vous détachez de toutes les formes actuel=lement admises la paralysie générale, vous commencez par détacher de ce groupe informe, artificiel de la classification régnante, un très-grand nombre de faits que vous rattachez à une forme particulière. C'est-là un premier travail de groupement qui indique ce que peut devenir sous ce rapport l'avenir de la science. Par exemple, les états alcooliques nous permettent de faire le même travail ; nous pouvons également détacher des mélancoliques des éléments appartenant à

216 l'espèce alcoolique, dont la manie présente des caractères spéciaux qui permettent de les distinguer des autres maladies du même genre. Voilà d'abord la paralysie générale, d'autre part l'alcoolisme qui vous donnent des exemples flagrants de ce que peut être une classification naturelle.

Ce ne sont pas les seules formes que nous possédions aujourd'hui. Il y a la forme circulaire, qui n'est autre chose que la succession de l'état maniaque à l'état mélancolique, qui se remplacent successivement, qui se trouvent successivement réunis chez le même malade. Or, cette succession de deux formes dites naturelles prouve que ces formes ne sont réellement pas naturelles, que ce sont des états symptomatiques, mais qui n'entraînent pas avec eux l'idée de la notion d'une marche déterminée.

Nous avons encore dans la pathologie spéciale d'autres états qui sont susceptibles d'une description plus vraie que celle des maniaques ou des mélancoliques. Au lieu d'admettre la mélancolie et la manie qui sont des états si vagues, s'appliquant à des malades si dissemblables, nous pourrons arriver à établir des catégories qui sont beaucoup plus naturelles que ce groupe. Sous forme de maniaques nous voyons certains malades qui se rapprochent

beaucoup du délire aigu, dont le délire est extrêmement confus et incohérent, et qui ne ressemblent en rien à d'autres maniaques chez lesquels au contraire l'activité intellectuelle est excessive, où les idées sont très-nettes, qui brillent par une mémoire surprenante, qui ont en un mot un mouvement intellectuel des plus actifs et souvent des plus spirituels. Ce sont les malades atteints de simple excitation maniaque et sur lesquels je reviendrai plus tard. Ces malades ressemblent de loin à ceux qui sont atteints de délire affaibli. Or, ces catégories correspondent à des marches également différentes. Le malade atteint de manie suraiguë guérit rapidement ou meurt dans un temps très-court; l'autre, au contraire, reste un long temps malade, ou cette forme de manie et de mélancolie, après avoir existé un certain moment, tombe dans la dépression; c'est du moins le fait le plus général.

Il en est de même pour les mélancoliques. Je vous disais qu'il y a des mélancoliques qui sont tout-à-fait différents, les uns sont à des idées tristes, les autres à des idées gaies. Les malades atteints du délire de persécution constituent une véritable espèce différente des autres mélancoliques. C'est une variété de la mélancolie, qu'on peut décrire, qui a ses débuts, sa marche, ses périodes d'état,

d'évolution et de transformation. C'est ce que je chercherai à vous démontrer dans la leçon consacrée à l'étude du délire de persécution.

Il y a donc dès à présent certaines formes de maladies mentales qui sont vraiment naturelles, et qui commencent à se détacher de la classification régnante, c'est-à-dire des formes de manie, de mélancolie ou de démence qui ne sont que des formes provisoires, qui tendent à disparaître et qui sont destinées à disparaître de la science peu à peu. Pour le moment nous sommes bien obligés de nous en tenir à la science existante et nous devons prendre pour base de nos descriptions la classification régnante, puisqu'il n'existe pas encore de classification complète permettant de la remplacer.

Mais, chemin faisant, à l'occasion de chacune des formes de la folie, nous chercherons à établir quelques différences qui seront des pierres d'attente jetées dans l'avenir pour une classification plus parfaite.

Dans la prochaine séance, j'aborderai la pathologie spéciale en vous parlant des délires aigus ou toxiques, ou fébriles comme préliminaires des délires généraux, partiels et chroniques et enfin j'arriverai à

l'étude de la paralysie générale.

9e Leçon.

12 Décembre 1876.

Messieurs,

Je suis enfin arrivé à l'étude de la pathologie spéciale à chaque maladie mentale.

Dans la première partie de ce cours, j'ai cherché à vous faire connaître quelques généralités qui m'avaient parues indispensables avant d'aborder toute description particulière, mais maintenant je suis arrivé au but principal de nos études qui est la pathologie spéciale des maladies mentales, c'est-à-dire l'examen des formes particulières de maladies mentales admises dans les classifications régnantes.

Comme je vous l'ai déjà dit, on divise les aliénations

-mentales en deux groupes : le délire général et le délire partiel. Chacun de ces groupes, à son tour, est divisé en espèces et en variétés plus ou moins naturelles ou artificielles.

Le délire général porte sur un grand nombre de sujets et s'accompagne de phénomènes d'excitation. Le malade parle beaucoup, et, en même temps, il a besoin de mouvement, d'activité extérieure et cette dernière se manifeste de toutes les façons et à divers degrés, mais toujours d'une manière beaucoup plus prononcée que dans le délire partiel.

Ces deux caractères sont très vagues, et, par conséquent, ils permettent d'embrasser, dans cette forme, des états très-divers reliés entre eux par une gradation successive, par une échelle progressive qui unit insensiblement les délires les plus violents, les plus aigus, et le délire partiel.

Nous nous occuperons d'abord de la forme de délire la plus aiguë, c'est-à-dire de celle qui est accompagnée de la plus grande excitation, de la plus grande incohérence dans les idées comme dans les mouvements.

Pour cela, nous devons prendre nos premiers exemples dans les hôpitaux ordinaires ou dans la

pratique civile habituelle bien plutôt que dans les maisons d'aliénés. C'est, en effet, parmi les malades ordinaires que l'on constatera le délire aigu sous ses formes les plus variées; aussi son étude pour le médecin a-t-elle un intérêt bien plus grand que celui du délire de l'aliénation mentale.

Une première question qui se pose devant nous, est celle de savoir si le délire aigu présente un caractère ou plusieurs caractères distincts qui permettent de le séparer de la folie, c'est-à-dire du délire chronique.

Autrefois, du temps de Pinel et d'Esquirol, on avait établi une distinction tranchée entre le délire aigu et le délire chronique. Pour ces auteurs, en effet, la folie était définie un délire sans fièvre, absque febre; et, par conséquent, elle était tout-à-fait distincte du délire aigu.

Aujourd'hui, on est disposé, au contraire, à établir de grands points de contact entre les délires aigus et chroniques et effacer les lignes de démarcation qui existent entre ces deux états.

Quels sont cependant leurs caractères distinctifs? Ils sont au nombre de trois:
Le premier, c'est la présence ou l'absence de la fièvre.

 Nous venons de voir que l'on disait autrefois : "les délires aigus sont fébriles, le délire de l'aliénation mentale est sans fièvre." le caractère est loin d'être absolu. Il y a des délires aigus sans fièvre, tels sont les délires toxiques, ceux qui sont produits par l'action de substances enivrantes, et, par contre, on peut observer des états maniaques qui au début surtout présentent de la fièvre.

Le caractère de la fièvre n'est donc pas absolu, il est général, il est fréquent, mais il n'est pas constant.

On a dit aussi : " le délire aigu est symptomatique, ou sympathique ; il tient à un état pathologique de différents organes, à une altération étrangère au cerveau, tandis que le délire de l'aliénation mentale tient à une altération du cerveau ou bien il est idiopathique."

Le caractère, lui aussi, est loin d'être absolu ; il l'est même moins que le précédent ; il y a des délires aigus qui paraissent liés à une altération du cerveau, comme l'est, par exemple, le délire de la méningite qui n'est pas lié à un état général du malade.

D'autre part, comme je vous l'ai déjà dit, toute l'école somatique allemande a attribué la manie à des altérations siégeant dans d'autres organes que le cerveau.

Enfin le dernier caractère distinctif entre ces deux espèces de délire est indiqué par les mots d'aigu et de chronique.

Le premier a une durée courte, le second dure longtemps.

Ce caractère est encore insuffisant. Ce n'est là, en effet, qu'une question de degré.

Que doit-on entendre, en effet, par durer longtemps ou durer peu de temps ?

En général, on entend par une courte durée 15 jours, 3 semaines au plus, mais quand un délire dure plus d'un mois, doit-on dire pour cela qu'il devient chronique ? Cette distinction est artificielle.

Les différences de degré ne peuvent indiquer des différences de nature.

Il semble donc, d'après ce que je viens de vous dire, que l'on devrait effacer toute différence entre le délire aigu et le délire chronique, et faire comme les auteurs allemands, ou comme M. Moreau, de Tours, qui a fait un mémoire pour prouver qu'il n'y avait qu'une seule espèce de délire. Ceci est vrai sans doute au point de vue théorique, mais n'est plus vrai au point de vue pratique.

Il importe pour le médecin de conserver cette distinction entre ces deux variétés de délire, attendu que les moyens thérapeutiques varient suivant chacune d'elles.

D'autre part, il y a là une question sociale dont il faut tenir compte, et qui domine la question scientifique.

On conçoit sans peine qu'il ne faut pas envoyer prématurément, sous prétexte de délire, des malades atteints d'un délire typhoïde, par exemple, qui ne dure que quelque temps.

Ces envois ont la plus grande gravité et peuvent nuire à l'individu lui-même ou à sa descendance, aussi bien au point de vue de ses rapports sociaux ultérieurs qu'au point de vue de son mariage.

Messieurs, jusqu'à présent la plupart des médecins ont très-peu étudié les phénomènes présentés par les individus atteints de délire. Dans les hôpitaux, par exemple, aussitôt qu'un malade est atteint de délire, on le constate, mais on ne l'étudie pas dans ses caractères propres; on cherche bien à le rattacher à un autre état spécial de l'organisme, mais on se contente de ce résultat, et on ne l'étudie pas autrement. On le considère comme un symptôme toujours identique à lui-même et qui ne présente pas

de différences suivant chaque cas particulier.

On en est même arrivé à cette idée qu'il n'y avait aucun caractère différentiel entre le délire d'une maladie, et le délire d'une autre maladie, entre le délire aigu et le délire chronique.

Cette doctrine, généralement adoptée, est très exagérée; il y a quelques différences entre les divers délires, et ces différences méritent de nous arrêter un instant.

Si vous observez un malade qui délire dans un de nos hôpitaux, vous ne tardez pas à vous apercevoir que son délire diffère de celui des aliénés maniaques que vous pouvez voir dans des hôpitaux spéciaux.

Les différences sont saillantes, elles peuvent être résumées en deux mots.

Le délire aigu se rapproche de l'état de rêve, de l'état de l'homme qui dort, tandis que le délire de l'aliéné maniaque se rapproche de l'état de veille.

Ce caractère a besoin de quelques développements pour être bien compris:

Chacun de nous s'est trouvé dans l'état de rêve, appelé à constater quels en sont les caractères, surtout, comme cela a lieu souvent, lorsque le rêve a laissé un souvenir. Le rêve a pour caractère le travail automatique, spontané

de la pensée, en dehors du monde extérieur ; c'est l'exclusion des sens, la séparation entre l'individu et le monde extérieur.

On a cité, il est vrai, quelques rêves, dans lesquels certaines impressions arrivaient jusqu'à l'esprit, mais ces impressions sont essentiellement fugitives. On peut entendre un son, la voix d'une personne, mais la plupart de ces impressions sont superficielles et n'arrivent pas jusqu'à l'esprit de l'individu qui rêve.

Les psychologues ont étudié le rêve au point de vue de son intimité et sont arrivés à cette conclusion que dans le rêve il y a certaines facultés qui veillent et d'autres qui dorment.

Les facultés qui veillent sont la mémoire, l'association des idées, l'imagination ; celles qui sommeillent sont le jugement, la réflexion, les facultés de contemplation intérieure et les facultés supérieures de contrôle.

Ces observations sont applicables au délire aigu, avec quelques différences de degré cependant.

Le délire aigu se rapproche de l'état de rêve, et c'est au délire aigu que se rapporte ce que M. Moreau a voulu appliquer à la folie en général.

Dans le délire aigu, quelle qu'en soit la cause le malade vit tout entier sur le monde des souvenirs; il dort tout éveillé en quelque sorte; il a les sens ouverts en quelque sorte, mais un voile épais les sépare du monde extérieur. Il ouvre les yeux, mais il ne regarde pas; il écoute, mais il n'entend pas.

Cela est très apparent dans la fièvre typhoïde, par exemple, où le malade vit tout entier sur ses souvenirs et sur son activité intérieure, mais non pas sur le monde des impressions. Quelques-unes de celles-ci peuvent bien sans doute arriver jusqu'à l'individu, mais elles sont peu nombreuses et fugaces.

De telle sorte que le délirant délire sur ses impressions antérieures et surtout sur celles qui sont récentes; car on a fait la remarque que dans la plupart de ces délires le malade s'occupe principalement des choses qui l'ont frappé dans le mois, ou même dans les quelques jours qui ont précédé l'explosion de son délire.

C'est absolument comme pour le rêve où chacun sait que l'on rêve surtout sur les idées, sur les sensations qui vous ont impressionné dans les jours précédents.

Le délirant agit différemment du maniaque.

Vous savez que pendant l'état du délire il peut arriver que le malade échange quelques idées avec les

230 assistants, mais la plupart du temps il se parle à lui-même fait les demandes et les réponses et n'est presque pas en rapport avec le monde extérieur. S'il fixe un instant son attention sur un objet environnant, cela ne dure pas, et il ne tarde pas à reprendre son délire intérieur qui peut se manifester par des actes extérieurs, tels que de la carphologie des mouvements automatiques des bras, des doigts, qui semblent avoir pour but d'effiler les couvertures, de prendre les différents objets qui lui tombent sous la main.

Le délirant sort rarement de son lit et s'il le fait, cela n'a aucun rapport avec les idées qui dominent son délire.

Chez le maniaque, c'est tout différent.

Si vous allez dans un asile d'aliénés et que vous étudiez quelques-uns des malades qui y sont enfermés, vous en verrez un certain nombre qui délirent, mais le tableau qu'ils présentent est tout différent de celui que nous venons d'indiquer.

Le maniaque parle beaucoup, mais la plupart de ses paroles sont relatives aux impressions qu'il reçoit du monde extérieur. Quelques-unes sont relatives à des souvenirs, mais c'est le plus petit nombre.

Adressez-vous au malade et vous verrez qu'il vous remarquera ; il fera une observation sur votre physionomie, sur votre attitude ; il croira reconnaître en vous une personne qu'il a connue anciennement ; il vous prendra pour son père, son frère, sa mère, et il échangera ses idées avec vous.

De telle sorte que le maniaque alimente son délire en quelque sorte, à la fois par le monde intérieur et par le monde extérieur, tandis que le délirant aigu vit presque entièrement sur son monde intérieur.

Il y a là un caractère fondamental qu'il me suffit de vous énoncer pour vous faire comprendre que l'on peut arriver par les caractères propres du délire à distinguer les délires aigus pris en masse du délire chronique de la folie.

Après l'étude de ces caractères généraux, j'arrive à l'étude de quelques espèces de délires.

Les délires aigus ont été divisés par les auteurs en trois catégories : les délires fébriles, les délires toxiques et les délires appelés nerveux. Ce dernier mot, il faut le reconnaître, est mal déterminé et ne peut être bien défini que par exclusion : c'est un délire qui n'est ni un délire fébrile ni un délire toxique, ni enfin le délire de la folie, et que l'on

ne peut rattacher à des conditions organiques bien déterminées.

Les délires fébriles sont nombreux ; ce sont ceux que l'on rencontre à la suite des fièvres éruptives, de la méningite, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde.

Il faut nous demander tout d'abord dans quelles conditions il survient.

Un premier point remarquable à signaler, c'est que nous ne le trouvons pas indistinctement et au même degré chez tous les malades atteints de l'une de ces affections. Il semble qu'il y ait des personnes prédisposées au délire.

Ainsi, par exemple, le délire est plus fréquent chez les enfants et chez les femmes que chez les adultes et chez les hommes.

Mais même indépendamment de ces prédispositions, il en est d'autres en quelque sorte spéciales, liées à une prédisposition générale de la folie. Il y a des individus névropathiques ou nerveux appartenant à des familles d'aliénés qui ont beaucoup plus d'aptitude que d'autres à prendre du délire sous l'influence de causes légères.

C'est là un fait que l'on n'étudie peut-être

pas suffisamment dans la pathologie spéciale, mais que l'on a eu souvent l'occasion d'observer.

Morel, dont je vous parlais l'autre jour, a insisté tout particulièrement sur cette prédisposition spéciale. J'aurai à vous en reparler lorsque nous étudierons la folie raisonnante et je vous montrerai qu'il est certains individus qui ont la faculté de délirer même sans fièvre et sans qu'on puisse rattacher leur délire à aucune maladie particulière.

Quoi qu'il soit, dans les maladies fébriles il y a souvent du délire.

Nous ne pourrons étudier toutes les maladies de cet ordre, mais nous pourrons en prendre quelques-unes pour exemple, et en particulier la fièvre typhoïde, qui est une de celles que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer.

Le délire de la fièvre typhoïde présente certaines particularités intéressantes.

Constatons d'abord qu'il y a deux variétés principales de fièvre typhoïde dans lesquelles le délire est possible : la variété adynamique et la variété ataxique.

Dans la première, le délire consiste en une

93.

simple rêverie. Habituellement le malade est dans un état de demi-stupeur; il marmotte entre ses dents des paroles incohérentes au milieu desquelles il est difficile de reconnaître le point spécial sur lequel porte son délire. Cependant, quand on l'a connu avant sa maladie, il est possible d'avoir quelques notions sur la nature des idées qui le préoccupent, et sa femme, sa mère, vous donnent quelquefois des renseignements qui vous permettent de constater qu'il est préoccupé de choses antérieures à sa maladie.

La stupeur, l'hébétude, la confusion dans les idées, les phrases incomplètes, ne permettent cependant pas toujours de se rendre compte de la nature des idées du délirant.

Dans la forme ataxique, le délire est plus violent, plus loquace, il se rapproche du délire frénétique des anciens; mais malgré ces violences on trouve les mêmes caractères au fond que dans le délire adynamique, c'est-à-dire qu'il porte sur les préoccupations antérieures du malade, ou sur les faits qui l'ont vivement impressionné au moment où il s'est alité.

Il y a une certaine conception délirante assez fréquente dans cet état; on croit voir des personnes absentes, des personnes mortes; le malade aperçoit des fantômes, il

entend des personnes qui sont éloignées, et il en est tellement préoccupé, qu'il arrive à croire à leur présence réelle. Il y a des échanges d'idées entre le malade et ces personnages imaginaires.

Ce caractère s'applique également à certaines idées qui finissent par acquérir une fixité tellement grande que malgré le délire général, malgré la mobilité ordinaire des idées délirantes, à celles-ci se joint une idée fixe.

Cette idée fixe mérite d'être retenue par le médecin, car il arrive souvent que dans la convalescence, après la cessation de la fièvre, dans les mois qui suivent la maladie, le malade conserve encore la croyance à la réalité de cette idée qu'il a conçue pendant son délire. On voit quelquefois pendant la convalescence des malades qui sont revenus à la raison, et qui malgré cela conservent la croyance de certains faits qui les ont tout particulièrement frappés pendant leur maladie.

Ce phénomène est tout-à-fait analogue à ce que l'on observe dans certains rêves.

Il arrive dans ces rêves, qu'après le réveil, on ne peut se figurer qu'on a rêvé, et on a beau se dire que les faits observés ne sont pas possibles, l'impression a

 été tellement vive qu'elle est fort longue à se dissiper.

Ces faits sont d'autant plus importants à connaître qu'ils deviennent quelquefois l'origine d'une véritable maladie mentale. L'idée fixe qui a survécu à la maladie passagère devient le point de départ de la maladie mentale.

De même aussi certaines hallucinations provenant d'un rêve peuvent être le point de départ d'une véritable folie.

Le délire consécutif est considéré par certains médecins comme étant toujours très curable, mais c'est une erreur ; ces états consécutifs peuvent guérir sans doute, mais quelques malades devenus aliénés de la sorte peuvent très bien rester tels toute leur vie.

Je vous dirai maintenant quelques mots du délire de la méningite. Cette maladie s'accompagne presque toujours de délire, c'est le délire des anciens, délire violent, qui arrive aux degrés les plus extrêmes de la violence, et qui se produit en général assez rapidement.

Lorsqu'on est témoin des phénomènes présentés par un malade atteint de méningite, on peut causer

avec lui à un certain moment ; puis, presque tout-à-coup, quelques heures après tout au plus, on constate le délire le plus excessif.

Ce délire est cependant précédé généralement de prodrômes, mais ces derniers sont tellement rapides que l'assistance a peine à les constater.

Le malade parle constamment ; sa loquacité intarissable est assez compréhensible. Son délire ne s'accompagne d'hébétude comme dans la fièvre typhoïde.

Il porte également sur les préoccupations antérieures du malade qui en prend l'origine dans ses souvenirs, et non au milieu du monde extérieur.

Un caractère particulier de ce délire, c'est d'être accompagné d'un grand nombre de phénomènes physiques. Pendant le délire il y a des contractures, des paralysies, des spasmes, du strabisme, des mouvements de latéralité des yeux, des convulsions des paupières ou de diverses autres parties de la face.

Un fait d'observation important à signaler, c'est qu'il peut cesser très rapidement et présenter de nombreuses intermittences. Les méningites, même mortelles, — et elles le sont presque toutes, — présentent des rémissions

 très-remarquables. Un malade qui a déliré plusieurs heures de suite peut revenir tout-à-coup et momentanément à la raison. On croit à la guérison, mais c'est malheureusement une illusion trompeuse, et au bout de 7 à 8 heures le délire revient et est bientôt suivi du coma et de la mort.

Par une étude plus attentive, on pourrait certainement découvrir d'autres caractères plus distinctifs entre les diverses espèces de délire, mais cette distinction est jusqu'à présent toujours difficile entre les délires fébriles.

Il n'en est plus de même avec les délires toxiques.

Ces délires nous offrent un moyen facile de constater les différences qui existent entre les délires aigus. Par le poison, nous tenons en quelque sorte dans la main un criterium, un point de départ fixe, sur lequel nous pouvons baser nos observations avec beaucoup plus de certitude que quand il s'agit d'une maladie aiguë.

C'est ce qui a lieu, par exemple, pour l'examen des délires produits par les solanées vireuses: le Datura, la Jusquiame, la Belladone.

Ces délires ont des caractères vraiment spécifiques, qui les distinguent de beaucoup de délires

voisins, et même du délire alcoolique qui s'en rapproche le plus.

Le délire produit par le datura ou la belladone s'observe assez souvent ; cela résulte de ce que ces substances sont fréquemment employées comme médicaments et que l'on peut ou bien en faire prendre une dose trop élevée, ou bien rencontrer certains malades atteints d'une véritable idiosyncrasie qui fait qu'ils sont plus facilement impressionnés que d'autres.

Lorsque de semblables accidents se manifestent, ils ont presque toujours les mêmes caractères, c'est-à-dire qu'ils se présentent avec une prédominance marquée d'hallucinations et d'illusions.

Ces illusions et ces hallucinations ont ce caractère spécial de porter sur tous les sens à la fois. L'ouïe, la vue, la sensibilité générale sont atteintes successivement ou même simultanément. Les malades sont dans un état de mouvement intellectuel excessif ; les idées, les impressions se succèdent avec une rapidité qui tient du vertige et même de la fantasmagorie, et cela sans qu'il y ait un moment de repos. Cependant, c'est surtout sur le sens de la vue que portent les hallucinations, mais même sur ce sens elles

 offrent des caractères particuliers. D'abord, elles sont mobiles; elles se déplacent et passent devant les yeux du malade comme une véritable fantasmagorie; les images qui les constituent se détachent des murailles, des rideaux du lit, du plafond, s'approchent et s'éloignent, s'allongent et se raccourcissent, grossissent et se rapetissent, elles se livrent en un mot à tous les mouvements que l'on constate dans la fantasmagorie.

Le caractère de mobilité est très essentiel à constater, parcequ'il est propre aux délires toxiques. Nous y reviendrons à propos du délire alcoolique.

Ces phénomènes sont de deux ordres, c'est d'abord une perception subjective, c'est-à-dire une altération des sens et en outre une hallucination.

Le malade perçoit des objets vagues, indéterminés, des images, des mouches volantes; et, d'autre part, des objets déterminés, des fantômes, des figures grotesques, ridicules qui l'effraient quelquefois, mais qui le font rire le plus souvent: C'est même par cette dernière particularité que ce délire diffère du délire alcoolique.

Dans ce dernier les visions sont toutes de nature terrifiantes; l'alcoolique est toujours sous

l'empire de la terreur.* Le datura, la belladone produisent des phénomènes hilariants. X Un autre caractère de l'empoisonnement par ces substances, c'est la coïncidence des hallucinations de la vue et des hallucinations de l'ouïe, tandis que dans l'aliénation mentale les hallucinations des différents sens s'isolent, ne coexistent pas ou tout au moins n'existent pas au même moment chez le malade.

L'aliéné qui croit entendre une voix qui lui parle ne voit pas la personne qui prononce ces paroles, ou réciproquement s'il voit des spectres, des fantômes, ces derniers sont muets; dans le délire toxique c'est l'inverse: en même temps que l'on voit un fantôme, une figure grotesque, on entend des détonations, des coups de canon, des sons de cloche ou même des voix.

Et non-seulement on constate en même temps des hallucinations de la vue et de l'ouïe, mais encore on éprouve des hallucinations de la sensibilité générale.

Pendant que le malade voit et entend, pendant qu'il converse, il se sent emporté dans l'air, il est plus léger, porté sur des nuages, dans un ballon ou, au contraire, précipité dans un abîme. D'autres fois, il sent son corps comme traversé par des gaz légers, ou bien encore

il se sent transpercé par une arme, par une pointe de fer. Il résulte de tout cela, que les illusions produites par le délire toxique sont beaucoup plus grandes que celles de la folie.

Souvent, quand on raisonne avec des aliénés, on peut leur dire : "Comment pouvez-vous croire à l'existence de telle voix, puisque vous ne voyez personne?" tandis que dans le délire toxique le malade voit les personnes qui lui parlent.

Ce sont surtout les faits de cet ordre que M. Moreau a mis en lumière par ses études sur le Haschisch

Ce poison présente une particularité remarquable, c'est qu'il permet d'analyser les sensations produites à la suite de son absorption.

En s'intoxicant avec le haschisch, on arrive bientôt à un état de délire qui permet l'observation de soi-même ; on a en grande partie conscience de son état ; je dis en grande partie, parce que ce n'est pas absolu et que le malade est tantôt dupe de ses hallucinations, tantôt, au contraire, il les apprécie.

Il semble que le moi soit alternativement sur la scène et dans le théâtre, qu'il passe alternativement

du rôle d'acteur à celui de spectateur. C'est là un état mixte très-curieux, facile à observer chez l'individu atteint de ce délire.

Mais, quoi qu'il en soit, la conscience de son état est suffisante pour permettre l'observation de soi-même, et comme d'ailleurs le souvenir persiste après la guérison, on peut noter tous les faits dont on a été la victime et les analyser.

Dans l'ouvrage de M. Moreau, vous trouvez des observations très-intéressantes sur les caractères particuliers du délire du haschisch.

Il y a un très grand nombre d'illusions et d'hallucinations de tous les sens comme dans les délires toxiques dont je viens de vous parler.

Par ces quelques exemples, sur lesquels il me serait facile d'insister davantage, vous voyez qu'il serait possible, par une étude attentive, de distinguer les caractères particuliers des différents délires, au point d'arriver à en faire le diagnostic différentiel.

Cela n'est pas impossible et déjà, vous le voyez, nous avons quelques éléments pour reconnaître certains de ces délires.

 J'arrive maintenant au délire nerveux.

Ce délire est mal limité, on l'observe à la fois dans la pratique civile et dans les asiles d'aliénés. C'est cet état qui a été décrit par les chirurgiens; c'est Dupuytren qui en a fait la première description à l'occasion des fractures du péroné; depuis lui, Brière de Boismont a fait sur ce sujet un long mémoire qui a été couronné par l'académie, ainsi que le Docteur Turck, de Plombières.

Il y a donc déjà un assez grand nombre de documents sur ce délire. Il ne peut se diagnostiquer en quelque sorte que par exclusion, car il n'a pas de caractères propres et se trouve intermédiaire entre les délires dont je viens de vous parler et les délires maniaques. Mais il participe surtout des caractères généraux des délires aigus. Les malades qui en sont atteints sont surtout préoccupés de sensations qu'ils puisent dans leur intérieur, et ils puisent les éléments de leur délire dans leur mémoire, les souvenirs. La gravité est généralement très-grande; rapide dans sa marche, il peut aboutir quelquefois à la guérison, mais il se termine le plus souvent par la mort. Cette gravité est

manifeste, surtout lorsqu'il complique les diverses formes de la folie, la mélancolie, la paralysie générale, etc. Lorsqu'il se produit spontanément, sa gravité est beaucoup moindre.

On a préconisé contre lui les moyens thérapeutiques les plus variés, tous les agents de la matière médicale y ont plus ou moins passé. L'opium, la digitale, la belladone, les bains prolongés, les vésicatoires appliqués soit sur le crâne soit sur la nuque, le fer rouge, l'électricité; malheureusement, dans la plupart des cas, ces moyens sont insuffisants.

Cependant, le moyen le plus généralement employé consiste dans les bains prolongés pendant une durée extrêmement longue; non-seulement plusieurs heures, mais plusieurs jours, puis qu'on en a donné pendant 8 et 10 jours.

Cette thérapeutique a été surtout préconisée par M. Turck et dans ces derniers temps par Bonnefous de Leyme.

Ils prétendent avoir obtenu des guérisons nombreuses par ce procédé.

Le mode d'administration des bains est difficile

246 à mettre en pratique et suppose beaucoup de soins et de surveillance. Il faut renouveler constamment l'eau de la baignoire; il faut la maintenir à une température égale, ni trop chaude ni trop froide; il faut alimenter le malade, et l'alimenter d'une façon extrêmement considérable; il faut veiller aux excrétions, le surveiller jour et nuit pour le maintenir de force, et l'empêcher de se noyer etc.

Quoi qu'il soit, Brunetons de Leyme, en particulier, prétend avoir obtenu de très-bons résultats et avoir obtenu des guérisons dans des cas nombreux.

Sans aller aussi loin que les auteurs dont nous venons de parler, beaucoup de médecins emploient ce procédé, maintenant le malade dans l'eau 7 et 8 heures et ce moyen suffit souvent pour amener des guérisons, lorsqu'il n'y a pas de maladie cérébrale qui puisse être attribuée à des lésions bien déterminées, comme cela a lieu lorsque l'on a affaire à une simple congestion.

J'ai été obligé de procéder très rapidement en passant en revue devant vous ces différents délires, mais ce que j'ai surtout cherché à vous faire comprendre, c'est que des études plus complètes, un état plus avancé de la science, pourront nous faire connaître des moyens

de diagnostic plus précis que ceux que nous possédons actuellement, et que ce n'est pas perdre son temps que d'étudier les caractères propres de chaque délire, au lieu de se borner à en constater l'existence.

248.

10e Leçon

16 Décembre 1876.

Messieurs,

J'ai à vous parler aujourd'hui du délire alcoolique.

Dans la dernière séance, j'ai passé en revue très rapidement les principales espèces de délires aigus, les formes les plus fréquentes, les plus communes, celles qui se présentent le plus souvent à l'observation. Je vous ai parlé du délire aigu fébrile, du délire aigu toxique et du délire aigu nerveux ou délire aigu proprement dit. Ce sont les formes les plus généralement admises dans la science et qui se présentent le plus souvent à l'observateur.

250. J'ai à vous parler aujourd'hui du délire alcoolique qui est certainement le plus fréquent, le plus souvent observé de tous les délires aigus.*

Le délire aigu alcoolique a été étudié dans tous les temps, mais surtout à partir de notre siècle; il a été étudié en Angleterre principalement sous le nom de delirium tremens; en 1819, en France, M. Rayer a fait un mémoire sur le delirium tremens, délire alcoolique, en se basant surtout sur le mémoire anglais du Docteur Sutton qui est un des mémoires les plus intéressants sur ce sujet publiés en Angleterre. A partir de cette époque, le delirium tremens est devenu l'objet de l'attention des médecins français. On a publié sur ce sujet beaucoup de monographies, de thèses et même d'ouvrages. Il y a un ouvrage de M. Léveillé, publié en 1829, sur le délire alcoolique. Depuis cette époque, (le délire alcoolique avait été étudié surtout au point de vue aigu, au point de vue du delirium tremens), mais depuis lors est survenue une nouvelle phase dans l'étude de l'alcoolisme. On a étudié non-seulement l'alcoolisme aigu, mais l'alcoolisme chronique. C'est à partir surtout du grand ouvrage de Magnus Huss, médecin suédois, en 1852, c'est à

partie de cet ouvrage que le délire a été étudié sous le nom d'alcoolisme chronique, sous la forme chronique. Aujourd'hui on étudie l'alcoolisme comme un état maladif, pathologique général, embrassant non-seulement l'étude du délire mais des phénomènes physiques, des phénomènes du système nerveux et des phénomènes organiques en général, car l'alcoolisme agit non-seulement sur le système nerveux mais sur d'autres organes. Nous sommes donc obligés aujourd'hui de ne pas borner l'étude au délire lui-même, mais de l'envisager sous une forme plus générale, sous le nom d'alcoolisme aigu ou d'alcoolisme chronique.

Il y a trois états en quelque sorte dans l'alcoolisme : il y a l'état d'ivresse ; c'est un état semi-physiologique ; c'est une intoxication, mais une intoxication passagère ; ce n'est pas, à proprement parler, un état pathologique. L'ivresse ne devient pathologique que lorsqu'elle se renouvelle fré=quemment, qu'elle devient habituelle et qu'elle passe peu à peu à l'alcoolisme.

Il y a donc surtout deux espèces d'alcoolisme : l'alcoolisme aigu et l'alcoolisme chronique. C'est ainsi que nous allons l'étudier assez rapidement, car il faudrait deux leçons pour étudier l'alcoolisme sous toutes ses formes. Je

259. serai obligé d'abréger.

~~Je commencerai~~, Avant de vous parler de la symptomatologie, je commencerai par quelques données générales sur l'étiologie.

On pourrait dire en principe que ne s'enivre pas qui veut. Il est certain qu'on peut en prenant des boissons alcooliques, on peut arriver à l'ivresse, mais si on peut arriver à l'ivresse passagère, à l'ivresse accidentelle, il est plus difficile d'arriver à l'ivresse d'habitude et à l'ivresse surtout se transformant en alcoolisme; il n'est pas permis à tout le monde en quelque sorte de s'alcooliser d'une façon pathologique; on peut s'intoxiquer, on peut se tuer, on peut déterminer la mort même par empoisonnement alcoolique, mais on ne peut pas facilement arriver à l'alcoolisme sous sa forme pathologique. Il y a donc des conditions de prédisposition. Ces prédispositions, on doit les chercher dans l'idiosyncrasie de l'individu et surtout dans ses conditions héréditaires. M. le Docteur Morel, de Rouen, qui a fait des études très intéressantes sur le delirium tremens et les maladies nerveuses, a insisté sur les dispositions des individus prédisposés aux maladies mentales

et nerveuses au point de vue de l'alcoolisme; il est certain qu'il y a des individus qui s'alcoolisent avec une très-faible quantité d'alcool, et d'autres, au contraire, qui résistent d'une façon tout-à-fait extraordinaire, d'une façon tout-à-fait anormale. Non-seulement l'alcool, le vin, les liqueurs produisent des effets différents sur chaque individu, comme tout le monde le sait; l'un a le vin gai, l'autre a le vin triste; non-seulement il y a l'action spéciale, mais il y a la prédisposition particulière qui fait que certains individus s'alcoolisent avec une très-faible quantité de liquide, tandis que d'autres au contraire résistent à des doses qui seraient toxiques à la plupart des individus opérant dans les mêmes conditions.

Il y a donc une double disposition en sens inverse: les uns comme les gens disposés aux maladies nerveuses et mentales s'alcoolisent très-facilement avec une dose extrêmement faible, et les autres, au contraire, résistent d'une façon tout-à-fait extraordinaire à l'action des boissons. On pourrait même poser en principe que la plupart des individus qui sont sujets à l'alcoolisme aigu ou chronique ou qui en sont atteints plus tard, ont résisté pendant long temps à l'action des alcooliques; dans la plupart des cas

c'est ce qui arrive : les alcooliques ne sont pas sujets à l'ivresse ; il y a une sorte d'incompatibilité entre l'ivresse physiologique et l'alcoolisme pathologique, comme règle générale, c'est-à-dire que ce sont les individus qui résistent très-bien à l'action des alcooliques qui, à la longue, peu à peu, finissent par présenter les symptômes de l'alcoolisme aigu ou chronique, de sorte que ce n'est pas une garantie contre l'alcoolisme que de résister très-bien à l'ivresse. Ce sont au contraire ceux qui résistent le mieux qui ordinairement succombent plus tard à l'état patho=logique. Il y a donc là des conditions de prédispositions individuelles très remarquables et qui méritent d'être mieux étudiées.

Une autre condition dont il faut tenir compte, c'est la nature du liquide ingéré. On a établi une grande distinction entre le vin, l'eau-de-vie, l'absinthe et plusieurs autres liqueurs alcooliques ; on a même voulu trouver des symptômes correspondants à chacune de ces intoxications ; on a dit que les symptômes n'étaient pas les mêmes dans l'intoxication par le vin, par l'eau-de-vie ou par l'absinthe ; on a voulu surtout faire une spécialité pour l'absinthe ; en vertu d'expériences faites chez les animaux ou

d'observations faites chez l'homme, on est arrivé à cette conclusion que le délire provoqué par l'absinthe produisait beaucoup plus de convulsions, beaucoup plus de formes épileptiques et surtout paralytiques plus prononcées et amenait plus rapidement la mort. Il y a sous ce rapport, en effet, une part de vérité. Ceux qui s'alcoolisent avec l'absinthe ont ordinairement plus de convulsions, plus de paralysie et plus de tendance à la mort rapide par congestion ou par accidents cachectiques, dans le marasme; plusieurs thèses ont été faites par M. le Docteur Motet, en 1857, pour établir les différences qui peuvent exister entre l'intoxication par l'absinthe et l'intoxication par d'autres alcooliques. M. le Docteur Magnan a fait, à Sainte-Anne, des expériences nombreuses pour arriver à cette conclusion que l'intoxication par l'absinthe avait des caractères distincts de l'intoxication par les autres alcooliques.

Il faut donc tenir compte de la liqueur ingérée; mais il y a un autre élément bien plus important, c'est le mode d'administration. M. le Docteur Lasègue, dans son cours, insistait souvent sur ce point très-important, à savoir que pour s'alcooliser et pour être atteint des divers caractères de l'alcoolisme, il importe beaucoup de s'alcooliser

 de telle manière plutôt que de telle autre; que tel mode d'administration de l'alcool produit l'alcoolisme sub-aigu, et tel autre, au contraire, produit l'alcoolisme chronique. Il y a, en effet, des manières très différentes de prendre les alcooliques. Les uns, et ce sont les cas les plus fréquents, les uns s'alcoolisent le matin à jeun. Les ouvriers de Paris, par exemple, souvent prennent de l'eau-de-vie, prennent du vin blanc le matin à jeun sous prétexte de tuer le ver, d'après la locution populaire; eh bien! cette manière de s'intoxiquer dès le matin à jeun, sans alimentation est beaucoup plus nuisible ordinairement que la condition inverse, c'est-à-dire qui consiste à prendre des liqueurs en grande quantité après avoir mangé ou en mangeant. C'est une condition très-habituelle, très-différente. Mais il y a beaucoup d'autres manières de s'intoxiquer, et M. Lasègue souvent établit une distinction qui paraît assez bizarre, qui ne paraît pas très-scientifique et qui a cependant un côté très-vrai; il établit une distinction entre l'ivresse des soldats, l'ivresse des sous-officiers et l'ivresse des officiers supérieurs. Il est certain que dans l'armée il y a des modes d'intoxication par l'alcool très-divers, selon les conditions successives

257

de la hiérarchie. Eh bien! ce mode de distinction qui qui n'est pas absolument scientifique, mais qui a un coté très-vrai, à savoir que le soldat ne s'alcoolise pas de la même manière que le sous-officier et le sous-officier de la même manière que l'officier supérieur, montre qu'il y a le mode d'administration d'une même boisson, d'une même liqueur, qui établit de grandes différences dans les symptômes. Et ceci est très-vrai au point de vue scientifique. Par exemple l'ouvrage de Magnus Huss, qui a été fait en Suède sur les Suédois, sur des individus observés dans des hôpitaux en Suède, présente souvent les symptômes de l'alcoolisme sous une forme très différente de celle que nous sommes habitués à observer à Paris. M. Lasègue fait observer avec raison, (il a souvent occasion de voir des alcooliques au dépot de la préfecture), il fait observer avec raison que les ouvriers de Paris habituellement s'enivrent bien plus avec du vin rouge qu'avec de l'eau-de-vie ou avec de l'absinthe. L'absinthe est le privilège des officiers qui ont été en Afrique, des littérateurs, des artistes, des hommes appartenant à certaines classes sociales plutot que des ouvriers proprement dits. La plupart des ouvriers de Paris boivent du vin en quantité assez considérable, mais ils croient ne pas

 s'intoxiquer parce qu'ils prennent du vin, et lorsqu'on interroge un ouvrier qui a un phénomène d'intoxication alcoolique, il vous dit avec une grande bonne foi : Je ne puis pas être malade par le vin parce que je ne bois pas d'eau-de-vie, je ne bois que du vin, or le vin ne fait jamais de mal. Voilà l'opinion populaire à Paris. C'est une grande erreur. La plupart des ouvriers atteints d'intoxication alcoolique à Paris sont atteints en vérité d'intoxication avec le vin, sans eau-de-vie, sans absinthe ; de même qu'en Suède, Magnus Huss l'a remarqué en Suède où la liqueur le plus souvent employée est l'eau-de-vie de pomme de terre, l'intoxication avec cette eau-de-vie présente des différences avec l'intoxication avec le vin. Il n'y a donc pas de parallèle entre les personnes qui s'enivrent avec du vin, avec de l'eau-de-vie ou avec de l'absinthe ou d'autres liqueurs. Il faut donc, pour étudier convenablement l'alcoolisme, tenir compte de ces quatre éléments : la prédisposition individuelle, la nature du liquide ingéré, le mode d'administration et la dose, la dose, la quantité d'ingestion des liqueurs dans un temps donné. Et cela nous ~~ex~~ explique, en thèse générale, comment il y a tant de diversités dans les manifestations de l'alcoolisme ;

malgré l'unité du poison ingéré, c'est toujours l'alcool qui agit, mais différemment selon les conditions dans lesquelles il a été administré. Il en est de ce poison comme des autres, seulement, celui-ci étant administré sur une plus grande échelle, sur un plus grand nombre de personnes, il y a plus de différences sur l'état produit.

Après ces données générales sur l'étiologie, j'arrive à l'étude des symptômes. Je ne parlerai pas de l'ivresse; l'ivresse peut ne pas être considérée comme une véritable intoxication pathologique. Je parlerai seulement de trois degrés d'intoxication pathologique.

Le premier est celui auquel M. Lasègue, dans un mémoire intéressant qu'il a publié dans les archives, donne le nom d'alcoolisme sub-aigu; le second degré, c'est l'alcoolisme très-aigu ou delirium tremens; et, enfin, le 3e. degré, c'est la forme chronique, ou l'alcoolisme chronique.

Je vais parler d'abord de l'état mental, j'insisterai ensuite sur les symptômes physiques. L'état mental, on n'a pas assez insisté dans la plupart des ouvrages sur ce premier degré d'alcoolisme aigu auquel M. Lasègue a donné le nom d'alcoolisme sub-aigu, état qu'on pourrait également appeler lypémanie ou mélancolie alcoolique.

Cet état est très-fréquent surtout à Paris; nous avons très-souvent occasion d'observer des individus qui commencent à s'alcooliser et qui sont tristes, qui sont mélancoliques. Si vous n'avez pas l'attention fixée sur la cause de leur état, elle peut parfaitement passer inaperçue. Vous croyez avoir affaire à des malades atteints de tristesse, d'inertie, de torpeur, d'indifférence ou même, à un degré plus avancé, de délire de persécution. Ces malades se présentent à vous, et ces états sont très-fréquents, ils méritent d'être bien étudiés; ils se présentent à vous sous la forme de mélancoliques; en général, ils viennent consulter le médecin, ils se sentent malades, ils sont mal à leur aise, ils ont en partie conscience de leur état sans le rattacher à la véritable cause; ils se sentent mal disposés, faibles, faibles au physique et au moral; ils sentent que leurs facultés mentales s'en vont, qu'ils perdent la mémoire, qu'ils ne sont plus capables de ce qu'ils faisaient autrefois; ils sont obligés d'abandonner leur profession; ils ne peuvent remplir leurs devoirs que d'une manière plus incomplète; s'ils sont employés d'un bureau, on note chez eux de fréquentes absences, des lacunes dans leur travail, des erreurs dans la comptabilité; on constate des absences, des

lacunes dans l'intelligence et dans la mémoire; le malade lui-même a conscience de cet affaiblissement relatif; il s'en inquiète, il s'en afflige, il devient hypocondriaque, il est tourmenté de son état, d'autant plus qu'en même temps que ces symptômes de l'ordre mental, existent aussi des symptômes physiques, surtout des troubles dans la digestion et des troubles du côté des organes visuels. Il y a là un premier degré de l'état alcoolique qui, le plus souvent passe inaperçu et qui surtout n'est pas rattaché à sa véritable cause. Beaucoup de médecins même très-habitués à l'observation des maladies mentales sont induits en erreur; ils croient avoir à faire à des mélancoliques ordinaires et ils n'ont pas idée que ces malades sont des alcooliques. Par une étude plus attentive il est cependant facile d'arriver au diagnostic. Ces malades, lorsqu'on les interroge, vous répondent que c'est surtout le soir, au moment de se coucher ou pendant la nuit qu'ils éprouvent des symptômes plus prononcés. Ils ont des étourdissements, ils ont des obscurcissements de la vue, comme un nuage qui passe devant leurs yeux ou bien des bluettes; ils aperçoivent des mouches, des araignées, des objets lumineux. Plus tard même ces perceptions subjectives se transforment en véritables hallucinations, se transforment

962 des visions qui leur font peur, qui les effraient. Ils croient voir des fantômes, ils croient voir des objets qui marchent sur eux, qui se détachent, qui s'éloignent et se rapprochent et qui les effraient. Ils ont des visions nocturnes, ils ont des cauchemars, des réveils en sursaut, des rêves pénibles, et le matin, au moment du réveil, ils ont de véritables hallucinations, des hallucinations effrayantes et ils ont en même temps des conceptions délirantes de même nature ; ils croient qu'on se moque d'eux, qu'on les regarde, qu'on les injurie. Aux hallucinations de la vue viennent se joindre peu à peu les hallucinations de l'ouïe. Les malades, en se promenant dans la rue, croient entendre qu'on les insulte, qu'on leur dit de gros mots, qu'on les injurie ou qu'on leur parle de leurs propres préoccupations habituelles. Ils sont alors tourmentés par certaines idées tristes, par certaines idées tristes qui acquièrent un degré assez intense de fixité. Ils croient avoir commis un crime, ils croient avoir commis une mauvaise action. Ils s'accusent eux-mêmes ou ils craignent d'être accusés ; ils croient qu'on les poursuit, qu'on va les accuser, et sous tous ces rapports, ils se rapprochent infiniment des malades atteints du délire de persécution dont j'aurai à vous parler plus tard.

Il y a là un point de contact et dont le diagnostic est assez difficile. Ces malades continuant à boire, continuant à abuser des alcooliques, deviennent de plus en plus craintifs, de plus en plus défiants, de plus en plus effrayés.

Les symptômes physiques augmentent à leur tour; le tableau de l'alcoolisme se complète de plus en plus. Il arrive un moment où ces malades sont tellement effrayés, tellement tourmentés par leurs conceptions délirantes qu'ils éprouvent le besoin de venir eux-mêmes se dénoncer à l'autorité, demander secours, demander appui. La plupart de ces malades viennent devant les commissaires de police, les magistrats ou les médecins pour chercher un secours, pour chercher un appui, une protection contre les objets, contre les personnes qui les tourmentent. C'est à ce moment ordinairement qu'ils viennent se présenter au dépôt de la préfecture de police, et, de là, ils sont dirigés sur les asiles d'aliénés.

Le diagnostic de cet état est souvent très-difficile surtout lorsqu'il n'est pas à un degré plus avancé; il se rapproche beaucoup du délire de persécution, et plusieurs médecins se bornent à constater l'état de lypémanie sans constater l'influence alcoolique. Il y a pourtant plusieurs diagnostics très-importants. Le principal

264 -naître dans le caractère des hallucinations. Les alcooliques présentent des hallucinations de la vue en même temps que des hallucinations de l'ouïe, tandis que les malades atteints du délire de persécution n'ont que des hallucinations de l'ouïe. C'est un caractère distinctif très-important.

Chez les alcooliques il y a également des perceptions subjectives. Ces malades aperçoivent des lumières, des lueurs phosphorescentes ou bien des araignées, des mouches; ils ont des perceptions du côté de l'ouïe et du côté de la vue qui n'existent pas dans le délire de persécution ordinaire. Plus tard ces perceptions deviennent de véritables hallucinations, des fantômes, des spectres, des objets effrayants, et, ce qui est caractéristique, c'est que ces objets effrayants marchent, sont mobiles, comme dans tous les délires toxiques, ils se détachent des murailles, du plafond, ils marchent vers l'in=dividu, ils avancent et reculent et le font fuir. Le malade fuit ces visions terrifiantes, il ne peut pas en supporter la vue, il ne peut pas en supporter l'approche et il se sauve, il se sauve instinctivement pour fuir l'objet de leur terreur. Ce caractère est tout-à-fait essentiel et propre au délire alcoolique. Dans le délire de persécution, au contraire, les malades n'ont pas de visions d'abord, et,

quand ils entendent des voix effrayantes, ils assistent au spectacle impassibles à ces voix extérieures, et ils n'ont jamais de tendance à fuir. Ce fait de fuir devant les hallucinations de la vue est tout-à-fait propre au délire alcoolique. Cet état de mélancolie alcoolique peut se présenter dans deux conditions différentes: tantôt il est simplement un état prodrômique qui précède un état plus aigu; dans d'autres cas, il constitue à lui seul la maladie dans toute son intensité et elle n'arrive pas à un degré plus avancé. Il y a donc des lypémanies alcooliques qui restent telles pendant toute la durée du mal, c'est-à-dire pendant cinq ou six mois quelquefois; d'autres, au contraire, qui ne sont que l'état prodrômique du delirium tremens, c'est-à-dire d'un délire aigu plus accentué.

Cette lypémanie alcoolique n'a pas été très-étudiée; elle mériterait de l'être avec plus de soin; on ne l'a étudiée en général que comme état prodrômique du delirium tremens. Le delirium tremens est une forme beaucoup plus aiguë, une forme plus violente du délire alcoolique; mais malgré les violences extérieures, l'état, au fond, est le même que dans le délire dont je viens de vous esquisser les principaux traits.

Le delirium tremens a été étudié sous une forme maniaque. En général, dans tous les travaux qu'on a

publiés sur le delirium tremens, on a décrit les malades comme de véritables maniaques, c'est-à-dire comme des individus criant, gesticulant, parlant à haute voix, ayant toutes les manifestations extérieures du délire général. C'est sous ce rapport qu'il se différencie totalement du délire sous forme mélancolique dont je vous parlais tout à l'heure. Mais on eu tort de considérer le delirium tremens comme ayant une explosion subite, comme survenant tout-à-coup, d'une façon inattendue. Cela n'est pas exact. Dans la plupart des cas, le delirium tremens aigu a un prodrome sous forme mélancolique, prodrome analogue à ceux que je viens de vous décrire. C'est après trois semaines, un mois d'état de tristesse, d'état de défiance, d'anxiété, d'hypocondrie avec délire de persécution que les malades arrivent à l'état d'explosion maniaque. Il se produit dans des conditions différentes; tantôt il se produit parce qu'on a abusé davantage des boissons alcooliques; tantôt, au contraire, parce qu'on s'en est momentanément privé; c'est ce qui arrive souvent dans les hôpitaux de Paris. Lorsqu'on est pris d'une maladie aiguë, d'une pneumonie, d'un rhumatisme, d'une fièvre typhoïde, on cesse d'abuser des boissons alcooliques dont on avait l'habitude, et, sous

l'influence de la fièvre, de la maladie aiguë, survient un délire extrêmement aigu qui n'est en réalité que le délire alcoolique surajouté au délire aigu. C'est ce qui arrive dans les pneumonies, dans le rhumatisme et d'autres états aigus; cela rend le diagnostic difficile. Dans les hôpitaux il est difficile de se prononcer sur le délire spécial, de savoir s'il est dû à l'état du poumon ou à l'état alcoolique surajouté dans la pneumonie. En tenant compte du caractère du délire, on peut arriver à un diagnostic plus exact et distinguer le délire alcoolique survenant dans le rhumatisme, par exemple, de ce qu'on a appelé le rhumatisme délirant; par l'étude du délire il y a des moyens de diagnostic qu'on ne possède pas dans la pathologie médicale ordinaire.

Quoi qu'il en soit, que le delirium tremens se produise isolément ou qu'il vienne compliquer une maladie aiguë, il a toujours les mêmes caractères. Ces caractères sont tellement pathognomoniques qu'ils peuvent permettre de remonter à la cause. Le délire alcoolique a pour caractère principal la terreur. C'est un délire d'une nature terrifiante; les malades, pendant tout le temps qu'il dure, sont sous le coup de la crainte, de la frayeur; ils ont des visions effrayantes; ils entendent des voix épouvantables qui les menacent,

 les injurient ; ils entendent des détonations de fusil, de pistolet ; c'est un fait extrêmement fréquent ; ils ont des idées de mort ; ils croient qu'on va les tuer, qu'on va les condamner, les conduire à l'échafaud, et qu'on va leur faire subir toutes sortes de tortures et de supplices. Ceci a lieu dans presque tous les cas de délire alcoolique.

Un autre caractère, c'est que le délire alcoolique porte souvent sur des faits de la vie passée du malade, sur des faits de ses occupations ordinaires. On a signalé souvent dans les hôpitaux que les cuisiniers, par exemple, parlent de leurs fourneaux, que les charretiers parlent de leurs chevaux ou de leurs voitures. Il est assez habituel, en effet, dans le délire alcoolique, comme dans le rêve, que le délire porte sur les occupations habituelles du malade.

Il y a encore un autre caractère qui est important à signaler et qui a déjà été noté par M. Léveillé dans un mémoire publié en 1828. Ce caractère consiste dans la lucidité apparente du délire. Le malade, tout en étant dans un état de délire aigu, de délire maniaque, est sus=ceptible d'entrer en conversation avec les assistants, avec les personnes qui l'abordent. D'un côté il délire en vertu de ses souvenirs personnels ; d'autre part, il peut momen=

:tanément suspendre son délire pour entrer en relation avec les personnes présentes; il y a là une alternance entre la conversation possible avec les assistants et le délire qui reprend son cours un instant après. Ce caractère est d'autant plus remarquable que, comme dans le délire épileptique, il est en contraste complet avec un autre caractère également du délire alcoolique, c'est-à-dire avec la diminution consi:dérable du souvenir, après la guérison; il est très-extraordinaire qu'un délire qui paraît aussi net, accompagné de tant de conscience pendant sa durée, puisse, au contraire, être suivi d'une perte de souvenir à peu près complète. Il y a là un contraste qui n'est pas habituel entre le degré de conscience pendant l'accès et le degré de souvenir après la guérison.

Ce contraste est plus grand encore dans le délire épileptique, mais il existe dans le délire alcoolique, et il est remarquable de voir des malades qui, pendant l'accès du délire, causaient, répondaient aux questions, paraissaient assister aux choses du monde extérieur, qui, une fois guéris, ne se rappellent presque rien de ce qui est survenu pendant le délire. C'est un caractère du délire alcoolique qui le rapproche beaucoup du délire épileptique.

Le délirium tremens est ordinairement un délire extrêmement aigu ; il dure de trois jours à dix jours au plus ; il est extrêmement violent, et il y a même certaines formes du délire alcoolique qui peuvent devenir très-graves. M. le Docteur Delasiauve a fait un mémoire sur les formes graves du délirium tremens ; il a montré par l'observation qu'un assez grand nombre de malades atteints du délire alcoolique mouraient avant la guérison de l'accès. En général, on considère l'alcoolisme comme peu grave, comme aboutissant généralement à la guérison. Cela est exact pour la plupart des cas, mais il ne faut pas oublier qu'il y a des cas de délire alcoolique tellement graves qu'ils entraînent la mort ; il y a des cas tellement suraigus, qu'ils se rapprochent de la méningite, qu'ils ont les mêmes lésions anatomiques que la méningite et aboutissent à la mort. Il faut donc être très-réservé dans le diagnostic du délirium tremens. M. Magnan a établi une différence au point de vue du diagnostic en se basant sur l'état de température. Il a fait un chapitre sur l'état de température chez les alcooliques comme moyen de pronostic. Il a établi que le malade dont la température présente un degré de plus au

thermomètre était en général dans un état beaucoup plus grave que le malade qui a un degré en moins; que le thermomètre est un moyen de plus de pronostic dans l'étude du délire alcoolique.

Le delirium tremens, comme son nom l'indique, s'accompagne non-seulement de délire, mais de tremblement. Le tremblement est un fait caractéristique qui existe dans le début et qui est souvent très-intense. Il y a des malades qui ont le délire d'une manière tellement forte qu'ils se rapprochent des choréiques. Certains malades atteints de delirium tremens aigu ont un mouvement général des membres une trémulation qui est voisine de chorée, c'est la chorée alcoolique. Plus le tremblement est intense, plus la maladie présente de gravité.

Il y a un autre symptôme également très-fréquent, ce sont les sueurs; presque tous les malades atteints de delirium tremens sont baignés de sueur; et comme on est obligé ordinairement de les maintenir dans le lit avec la camisole, cette camisole augmente encore la température, augmente la sueur, et on est obligé de les changer plusieurs fois en 24 heures. Ils arrivent à mouiller non-seulement leurs draps, mais tout leur lit, le matelas. La sueur est

 extrêmement abondante dans le delirium tremens. Elle a été considérée même comme un phénomène critique.

Il en est de même de l'insomnie. Le delirium tremens s'accompagne pendant toute sa durée d'insomnie. C'est un des délires où le sommeil arrive le plus difficilement, et lorsque le sommeil arrive, c'est que l'accès touche à sa fin. La plupart des accès du delirium tremens sont jugés par le sommeil. Dans les cas de guérison il y a presque toujours un sommeil de 12, 24 et même 36 heures. C'est à la suite de ce sommeil prolongé que survient la guérison. Le malade revenant à lui, se réveillant, est dans un état de torpeur d'hébétude, mais il est revenu à la raison, le délire a cessé, et au bout de peu de temps, il reprend ses formes et ses actes antérieurs. C'est même en se basant sur ce fait de critique naturelle que les médecins ont préconisé l'opium comme moyen thérapeutique dans le delirium tremens. Ce moyen employé beaucoup autrefois l'est moins aujourd'hui, mais l'opium à haute dose a été indiqué comme moyen thérapeutique dans le delirium tremens, et on s'est basé sur ce fait que l'opium produisant le sommeil amène le délire à la même terminaison que la nature produit spontanément dans la plupart des cas

de guérison naturelle. Vous le voyez donc, cette description très-rapide, malheureusement trop abrégée du delirium tremens, vous permet de chercher les moyens de distinguer le délire alcoolique des délires analogues. Tandis que dans le délire de la belladone, du datura, les visions sont souvent grotesques, ridicules, souriantes, faisant rire les malades, chez les alcooliques, au contraire, les visions sont presque toujours terrifiantes, et le délire tout entier est composé de de terreur aussi bien au point de vue des hallucinations qu'au point de vue des conceptions délirantes. En étudiant avec soin le détail de ces délires, on peut arriver à un diagnostic exact le plus souvent, alors même qu'on n'aurait pas la notion de l'alcoolisme, chez les individus qui en sont atteints.

A côté de ces deux formes de délire, d'alcoolisme aigu, il faut arriver à une 3e forme, celle de l'alcoolisme chronique. Cette forme est plus difficile à décrire. Elle n'arrive que plus tardivement; c'est en général après plusieurs accès de délire alcoolique sub-aigu ou de delirium tremens que les malades arrivent peu à peu à un état d'hébétude, à un état de stupeur, à un état de démence précoce : c'est là ce qui existe dans l'alcoolisme chronique.

Cet état a été peu étudié, surtout sous la forme

 clinique, et il est souvent confondu avec une certaine variété de paralysie générale. Dans les asiles d'aliénés, ces malades passent souvent pour être atteints de paralysie simple. Le diagnostic différentiel est aujourd'hui encore assez difficile entre ces deux conditions pathologiques. Ces malades se rapprochent à tel point que quelques auteurs les ont confondus systématiquement.

Après vous avoir indiqué sous une forme très-rapide les symptômes psychiques du délire alcoolique, je dois vous dire quelques mots des symptômes physiques. Ils ont été très-étudiés dans ces dernières années, surtout depuis la publication de l'ouvrage de Magnus Huss qui a établi plusieurs formes distinctes de prédominance des symptômes physiques.

Les symptômes portent sur le système nerveux ou sur d'autres organes de l'économie. Dans le système nerveux, il faut distinguer entre les symptômes de la sensibilité et les symptômes de la motilité. Sous le nom de forme prodromique, Magnus Huss a décrit les les premiers symptômes qu'on observe chez les alcooliques. Ces symptômes consistent dans les fourmillements, dans l'anesthésie partielle, dans les crampes, des contractures,

des douleurs, des phénomènes qui se passent ordinairement dans les extrémités des membres, car il est remarquable que chez les alcooliques la plupart de ces phénomènes nerveux consistent dans les jambes depuis les genoux jusqu'à l'extrémité des orteils, et dans les bras depuis le coude jusqu'à l'extrémité des doigts. C'est dans ces extrémités des membres qu'on constate surtout tous les phénomènes nerveux, l'anesthésie, l'hyperesthésie, les fourmillements, les crampes, les contractures, l'affaiblissement musculaire, tout cela existe aux extrémités. Pour l'affaiblissement musculaire, il est facile à constater. Les malades laissent tomber les objets qu'ils ont dans les mains; ils éprouvent de la difficulté à porter des objets un peu lourds, ou bien les laissent échapper rapidement; ils n'ont plus de précision dans leurs mouvements, et ces symptomes sont faciles à constater, surtout quand ces malades ont des professions particulières qui demandent de la précision dans les mouvements, chez les horlogers, les mécaniciens, les imprimeurs, qui sont obligés de saisir les caractères, chez les personnes obligées d'écrire, dans toutes conditions spéciales la paralysie, l'affaiblissement musculaire se manifeste + plutot et d'une façon plus saisissante quand on interroge les alcooliques pour constater ces symptomes physiques dès le début de

276. la maladie. Plus tard ces symptômes augmentent d'intensité et peuvent arriver jusqu'au degré de la paralysie, la paralysie de la sensibilité ou la paralysie du mouvement. M. Magnan, dans son dernier ouvrage, a insisté sur l'hémianesthésie de certains alcooliques; il y a certains malades chez lesquels on observe l'anesthésie de la moitié du corps comme chez les hystériques. C'est un fait assez fréquent qui n'était pas très connu avant son observation. Magnus Huss a admis d'autres formes; il a admis la forme épileptique. Il y a, en effet, des malades qui présentent des attaques d'épilepsie qui ne peuvent pas être distinguées, jusqu'à présent, des attaques d'épilepsie ordinaire. La forme de l'attaque est la même, mais il y a une distinction à établir au point de vue de la marche des accidents. Ces accidents épileptiques sont très-fréquents quand les malades abusent des alcooliques; quand, plus tard, ils sont entrés dans les asiles d'aliénés et qu'ils sont privés de boisson, ordinairement l'épilepsie cesse de se produire. Je dis ordinairement, car il y a des cas où l'épilepsie persiste, quoique étant de nature alcoolique; il n'est pas juste de dire que toute épilepsie alcoolique doit disparaître aussitôt qu'on cesse de boire. Il y a des malades qui, après

avoir été atteints d'épilepsie sous l'influence de la boisson, conservent pendant assez long temps ces dispositions à l'épilepsie. Seulement ordinairement les attaques sont plus rares et moins intenses.

Il y a également des formes de paralysie de l'alcool, mais ce sont, en général, des paralysies partielles, des paralysies temporaires. Cependant on a admis une paralysie générale alcoolique. Cela a lieu surtout dans l'alcoolisme chronique. C'est là où le diagnostic différentiel est difficile à établir entre la paralysie générale d'origine alcoolique et la paralysie générale ordinaire.

On observe également dans l'alcoolisme un certain nombre de lésions de divers organes de l'économie. Ces lésions ont été très-bien étudiées dans ces dernières années, d'abord par Magnus Huss qui les a signalées dans ses observations, ensuite par d'autres auteurs. On a observé la cirrhose, la maladie de reins, l'état du cœur, l'état du sang, des organes digestifs. Ceux-ci subissent presque toujours des altérations aux diverses périodes de l'alcoolisme. Au début, il y a des troubles dans la digestion des dyspepsies. Habituellement, surtout le matin, les malades rendent des mucosités filantes à jeun et souvent s'ils ont recours de nouveau aux alcooliques

pour combattre cette pituite qui est le résultat unique de l'alcoolisme, ces accidents gastriques peuvent augmenter et arriver jusqu'au degré de l'hydropisie, de la perte de l'appétit et de la digestion.

La cirrhose est une lésion organique qu'on observe très-souvent chez les alcooliques. Un certain nombre d'alcooliques meurent même en vertu des lésions organiques soit du foie, soit du rein. C'est un fait d'observation aujourd'hui parfaitement constaté que chez les alcooliques il y a souvent des lésions organiques de ces organes, lésions qui peuvent même arriver jusqu'au degré de l'hydropisie, dans la suite, jusqu'à une cachexie générale. Le cœur est souvent altéré. Chez les alcooliques chroniques le cœur arrive à l'état gras qui a été étudié spécialement comme conséquence de l'état alcoolique. Il en est de même de l'état du sang qui a été également étudié au point de vue de l'anatomie pathologique. Je ne puis que vous signaler rapidement ces faits, n'ayant à m'occuper ici que du côté mental de l'alcoolisme. Cependant, il est bon de signaler ces faits physiques comme complément de l'alcoolisme. Si vous désirez avoir une connaissance exacte de tous ces faits pathologiques, lisez les articles très-bien faits de Lancereaux dans le Dictionnaire encyclopédique

de Dechambre, Articles Alcoolisé, Alcoolisme. Tout cela est très-bien décrit avec soin et exactitude.

La marche des accidents alcooliques est assez variable; elle est extrêmement rémittente ou même intermittente; elle est en rapport avec les excès mêmes faits par les malades. Plus on abuse des alcooliques, plus les accidents sont intenses. Puis arrive une époque où on est moins exposé à ces abus et alors les accidents diminuent, et c'est après plusieurs oscillations successives de ce genre que peu à peu, à force de retomber dans les mêmes excès, on arrive enfin à l'alcoolisme chronique irrémédiable, immodifiable, mais il faut cependant très-long-temps avant d'arriver à l'état chronique; et beaucoup d'alcooliques passent par des phases successives d'amélioration, de rémission et de guérison temporaire. C'est ce qui arrive pour les malades qui sont dans les asiles d'aliénés. Ils sont privés de boisson, ils s'améliorent et ils guérissent. On les remet en liberté, ils recommencent à boire, ils reprennent les mêmes habitudes et ils retombent dans les mêmes accidents. Ceci est surtout plus grave quand les malades sont portés aux actes violents. Il y a des malades que nous remettons en liberté après un séjour long dans les asiles, qui retombent et qui commettent des crimes, ils tuent leur femme, leurs enfants,

280. il arrive des accidents très-graves qui rendent les médecins très-circonspects pour remettre en liberté des malades qui ont déjà eu des manifestations semblables dans les accès antérieurs, car il est remarquable que l'alcoolisme, le délire alcoolique, une fois qu'il s'est produit chez un individu, reviendra presque toujours chez le même individu avec les mêmes caractères. Lorsqu'un malade a eu des tendances à se tuer ou à tuer dans ses accès précédents, cette même tendance se reproduit à l'accès suivant. Il faut tenir compte de cette observation quand il s'agit de mettre des alcooliques délirants en liberté. Faut-il conclure de là qu'il faille les séquestrer perpétuellement, comme l'ont soutenu plusieurs médecins? C'est impossible; on ne peut pas poser en principe la séquestration perpétuelle, mais on doit être circonspect avant de remettre en liberté les malades qui ont déjà fait des tentatives de suicide et surtout des tentatives d'homicide, parce que presque toujours quand ils retombent dans un nouvel accès de délire, ils sont exposés aux mêmes actes dangereux.

J'ai à vous parler, avant de terminer, de deux points très-importants qui mériteraient chacun beaucoup de développements, je veux parler d'abord de l'influence

de l'alcoolisme sur les générations. Il ne faut pas seulement étudier l'alcoolisme dans l'individu qui en est atteint, mais dans les générations à venir. C'est un fait qui n'était pas connu autrefois et qui a été très-bien étudié surtout par quelques auteurs, par M. Moreau, de Tours, par M. Prosper Lucas et surtout par M. Morel. L'alcoolisme produit en général des accidents chez les descendants. Autrefois, lorsqu'on cherchait à connaître la cause de l'idiotie, de l'épilepsie ou de toutes les maladies nerveuses, on ne tenait pas compte de l'alcoolisme des parents. Aujourd'hui, au contraire, ce fait est toujours le premier qu'on cherche à noter. Il est certain, en effet, que les enfants de personnes alcooliques sont très-disposés à l'épilepsie, à l'imbécillité, à l'idiotie, à d'autres affections nerveuses, et c'est dans l'alcoolisme des parents qu'il faut chercher la cause d'accidents plus graves chez les enfants, chez les descendants.

On a même été plus loin : on a prétendu que ces accidents se produisaient surtout lorsque le père était en état d'ivresse au moment de la conception. Plusieurs médecins ont publié des observations, des brochures même sur ce sujet. M. de Meaux, de Puy l'Évêque, et d'autres médecins ont fait des travaux sur ce point, à savoir que

quand le père était en état d'ivresse au moment de la conception, presque toujours l'enfant qui naissait était épileptique, idiot ou atteint de maladies nerveuses plus ou moins graves. Ce fait a été confirmé par d'autres observateurs, mais ce n'est pas seulement lorsque le père est en état d'ivresse au moment de la conception, ce n'est même pas quand il est atteint d'alcoolisme dans les autres conditions de sa vie, il suffit qu'un père soit actuellement dans un état alcoolique pour qu'il engendre des enfants prédisposés aux maladies nerveuses des plus graves, et non-seulement prédisposés aux maladies nerveuses, mais à la mort rapide, comme pour la syphilis, par exemple; les enfants produits par des pères alcooliques meurent jeunes, ils meurent dans le sein de leur mère ou peu de temps après leur naissance. Les alcooliques ont souvent beaucoup d'enfants, mais la plupart de leurs enfants meurent soit dans le sein de leur mère, soit après leur naissance par des convulsions, par des accidents nerveux et n'arrivent pas à maturité, de sorte que l'alcoolisme des parents est non-seulement la source de maladies graves et d'une foule d'accidents, mais la source de générations qui ne sont pas douées de vitalité, de générations qui meurent avant l'âge,

de générations qui meurent d'une manière précoce. Ces faits-là sont très-intéressants et ils sont aujourd'hui parfaitement établis dans la science.

Un autre point de vue dont je veux dire quelques mots aussi, c'est la médecine légale de l'alcoolisme. Les ivrognes ont été l'objet de beaucoup de prescriptions légales dans tous les temps. On trouve des prescriptions à leur égard dans le Code Justinien et dans le code romain, et chez tous les peuples de la terre. Seulement, ces prescriptions sont contradictoires. Dans certaines législations l'ivresse a été considérée comme une circonstance atténuante et dans d'autres, au contraire, comme une circonstance aggravante. Les deux points de vue sont diamétralement opposés. Pour certains législateurs tout individu qui s'enivre avait la possibilité de ne pas s'enivrer, il est donc responsable de son ivresse et, par conséquent, responsable de toutes les conséquences de cette ivresse. Au lieu d'atténuer sa faute, l'ivresse l'aggrave. Voilà l'opinion de beaucoup de jurisconsultes.

Pour d'autres, au contraire, qui envisagent l'état lui-même, c'est une circonstance atténuante. Sans doute l'individu aurait pu ne pas s'enivrer, mais, une fois ivre,

287. il accomplit certains actes sans conscience, des actes qu'il n'aurait pas accomplis s'il n'avait pas été en état d'ivresse; de sorte qu'il y a deux points de vue différents dans les législations. En somme, ce dernier point de vue est plus vrai que le précédent. Il est certain que l'ivresse doit être considérée comme circonstance atténuante plutôt que comme circonstance aggravante quand le crime a été commis, puisque l'individu n'avait pas le degré de responsabilité qu'il pouvait avoir à l'état normal.

Ce qui est discutable pour l'ivresse ne l'est plus pour l'alcoolisme. Dès lors qu'un individu est atteint de délire chronique ou aigu il est irresponsable, c'est évident; dès lors que l'alcoolisme est caractérisé, l'irresponsabilité doit être absolue. Mais il faut tenir compte cependant de la nature des actes qui sont accomplis. Les actes violents sont très-fréquents dans l'alcoolisme aigu surtout, soit sous forme mélancolique, soit sous forme de delirium tremens, mais surtout dans la lypémanie alcoolique. La plupart des alcooliques ont des tendances à l'homicide ou au suicide. Ils se croient accusés, près à être conduits devant les tribunaux, et la peur de la mort est tellement forte qu'elle les porte à se précipiter

dans la mort ; la crainte de la mort les porte au suicide ; et la réaction, qui est assez habituelle dans l'esprit humain, existe dans l'alcoolisme à un très-haut degré. L'alcoolique arrive donc très-fréquemment au suicide. On a dit avec raison qu'un quart des suicides qui se produisent à Paris se produisent sous l'influence de l'alcoolisme, et ceci est doublement vrai. Non-seulement on se suicide dans l'alcoolisme caractérisé, mais il arrive souvent que des malades atteints d'autres formes de délire éprouvent le besoin de boire pour se donner la force de se tuer, de sorte qu'il y a des malades atteints d'autres formes de délire, des mélancoliques qui n'arrivent au suicide que parce qu'ils ajoutent un appoint de délire à leur délire habituel ; de sorte que beaucoup de suicides sont des alcooliques. Il en est de même de l'homicide qui est accompli très-fréquemment par des alcooliques pendant leur état de délire aigu.

M. Lasègue dit avec beaucoup de raison que l'idée du suicide et l'idée de l'homicide sont deux faits connexes de l'aliénation mentale, et que toutes les fois qu'un malade parle de mort, il est près de se donner la mort à lui-même ou de la donner à d'autres. La crainte que l'on a de la mort pousse à la donner. Ce sont deux

faits qui sont contradictoires et qui se lient très-fréquemment dans l'intelligence humaine, surtout dans les observations cliniques; de sorte que beaucoup d'alcooliques qui ont l'intention de se tuer ont en même temps une tendance à l'homicide. L'homicide est extrêmement fréquent chez les alcooliques, et c'est ce qui nécessite pour eux la séquestration d'une façon tout-à-fait urgente.

Cette séquestration doit-elle être faite dans les asiles d'aliénés ou dans des asiles spéciaux? Cette question est très-discutée. Le delirium tremens ou le délire alcoolique est quelquefois de très-courte durée; on se demande s'il y a lieu d'enfermer un malade qui n'a le délire que pendant trois ou quatre jours, dix jours. Et, en effet, dans beaucoup de cas, il suffit de le tenir dans un hôpital ou au dépôt de la préfecture ou dans un poste pour voir le délire disparaître et pour pouvoir remettre le malade en liberté, sans le faire passer par un asile d'aliénés. On s'est donc demandé si c'était conforme à la loi, à la justice d'enfermer les alcooliques comme on le fait aujourd'hui dans les asiles d'aliénés, s'il ne serait pas préférable de faire pour eux des asiles spéciaux qui s'appliqueraient non-seulement aux alcooliques,

mais même aux ivrognes de profession. Cette question est très-discutée, c'est une question de principe difficile à résoudre, mais en fait elle a été résolue surtout en Angleterre et en Amérique. Il y a en Angleterre et en Amérique des asiles qui deviennent de plus en plus nombreux pour la séquestration des ivrognes. Vous pouvez consulter un Mémoire publié par M. Achille Foville dans les Annales d'Hygiène qui a étudié cette question sous toutes ses faces. Il a parfaitement fait connaître tous les essais qui ont été tentés à l'étranger pour la séquestration des ivrognes. Il y a en Amérique surtout des asiles très-nombreux où on enferme non-seulement les malades atteints de délire alcoolique, mais même les ivrognes d'habitude, les ivrognes de profession. Lorsqu'un individu est retombé souvent dans l'ivresse, dans ce péché d'habitude, on ne se contente pas de constater son trouble mental, on l'enferme préventivement pour empêcher de nouveaux accidents soit pour lui-même, soit pour les autres. C'est un système qui est peut-être contraire à la liberté individuelle, qui est discutable à ce point de vue, mais qui n'est pas discutable au point de vue de l'hygiène générale soit des individus, soit des sociétés. Indépendamment de ces asiles pour les

 ivrognes, il y a un autre moyen général très-employé en Angleterre, surtout, et en Amérique : ce sont les sociétés de tempérance. On a fait à cet égard une véritable croisade, une croisade qui a réussi au-delà de toute espérance. Il y a en Angleterre des missionnaires en très-grand nombre qui sont parvenus à convertir des milliers d'individus, des populations entières, et à les amener non-seulement à ne pas s'enivrer, mais à se priver totalement de toute boisson alcoolique ; on est arrivé sous ce rapport, par la prédication, par l'exemple, par l'agitation des meetings, on est arrivé à des résultats tout-à-fait inespérés en Angleterre et en Amérique. Il y a des sociétés extrêmement nombreuses de gens qui s'engagent à ne pas s'enivrer, qui s'engagent à ne boire que de l'eau, à ne plus boire de liqueurs alcooliques et qui tiennent leur serment d'une manière continue et sur une échelle vraiment extraordinaire ; il y a un très-grand nombre d'invidus affiliés aux sociétés de tempérance et qui sont arrivés à se transformer. Jusqu'à présent, en France, ces sociétés n'ont pas eu le même succès ; il y a des sociétés contre l'abus des alcooliques, mais elles se sont bornées à prêcher et à faire des mémoires, des brochures et elles ont obtenu peu de résultats pratiques,

mais en Angleterre et en Amérique il en est autrement, et on ne peut pas nier qu'on est arrivé à des résultats inattendus et inespérés.

Avant de terminer, je vais dire deux mots seulement de la thérapeutique; indépendamment de ce moyen de thérapeutique morale dont je viens de vous parler, je vais signaler quelques moyens qui ont été employés, quelques moyens thérapeutiques empruntés à la matière médicale. D'abord, il faut signaler l'opium, mais il n'est employé que dans les délires aigus; puis, il y a quelques moyens qui ont été préconisés contre l'alcoolisme. Magnus Huss a préconisé l'huile de lin contre l'intoxication par l'eau-de-vie de pomme de terre. Marcet a préconisé l'oxyde de zinc; il y a quelques moyens de ce genre qui ont été préconisés contre l'alcoolisme aigu ou chronique. Enfin il y a un mode de thérapeutique bizarre employé en Suède, qu'on appelle la méthode suédoise, et qui consiste dans une sorte d'homœopathie à haute dose, si ces deux mots ne jurent pas ensemble; c'est-à-dire que l'on donne aux alcooliques un excès d'alcoolisme, on cherche à les dégoûter de l'eau-de-vie en leur en faisant prendre dans tous leurs aliments; en un mot de l'eau-de-vie dans tous leurs aliments, de manière à dégoûter les individus de l'alcool. C'est-là la méthode suédoise. Par ce procédé

 on sature l'individu d'alcooliques et on cherche à l'en dégoûter. Il y a des cas de guérison obtenus par ce procédé-là ; il y a des individus qui sont allés en Suède se soumettre à ce traitement-là et qui, après cinq ou six mois, sont arrivés à un tel dégoût de l'alcool qu'ils étaient arrivés à se dégoûter des boissons. Seulement, en général, cette guérison ne dure que quelques mois, une année, et la disposition à boire revient plus tard, mais enfin on obtient un succès momentané. La méthode suédoise qui a été employée par quelques médecins sur quelques malades a donné quelques succès.

Je regrette, Messieurs, d'avoir été obligé d'abréger à ce point la description de l'alcoolisme qui demanderait beaucoup plus de développements, mais je ne puis pas consacrer à un seul sujet plus d'une leçon, et dans la prochaine séance, j'aborderai l'étude des délires généraux ou délires maniaques, le délire des aliénés qu'on appelle délire général.

11e Leçon.

19 Décembre 1876.

Messieurs,

Je vais m'occuper aujourd'hui de la description de l'état maniaque, c'est-à-dire du lire général avec excitation. Comme je vous l'ai déjà dit plusieurs fois, ce sont-là deux caractères qui, dans la classification actuelle, permettent de distinguer cette forme de maladie mentale de toutes les autres.

La manie comprend un très-grand nombre d'états divers et variés. Malgré ces deux caractères généraux, et précisément à cause de la généralité de ces caractères, cette forme peut embrasser dans son sein un grand

 nombre d'états très-différents les uns des autres. Ce n'est pas à proprement parler une forme naturelle de maladie mentale, surtout avec les caractères que nous avons indiqués comme propres aux formes naturelles, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de marche déterminée, au début, une période d'état et des modes de terminaison qui soient en rapport avec l'état maniaque; elle est dans la classification provisoire. Ceci correspond à peu près à ce que dans l'ancienne Médecine était l'état de fièvre, l'état typhoïde et dynamique. C'est un état général, un ensemble de phénomènes, un complexe de symptômes, mais ce n'est pas à proprement parler une forme naturelle ayant sa marche déterminée. Jusqu'à nouvel ordre, nous sommes obligés de nous servir de cette distinction faute de mieux. Nous allons donc, dès aujourd'hui, étudier les caractères généraux de l'état maniaque. Dans la leçon suivante, nous établirons des variétés, car il y a dans cet état un grand nombre de variétés, cinq ou six, qui nous permettront de nous rapprocher davantage de la description telle qu'elle se présente dans la nature. Pour aujourd'hui nous nous bornerons à des généralités sur l'état maniaque.

L'état maniaque est difficile à décrire sous une forme générale. Pour le décrire, la chose la plus importante serait d'avoir sous les yeux des malades à vous montrer; vous en verriez plus en cinq minutes que vous ne pourriez en apprendre en une heure d'après une description théorique. Rien n'est difficile, en effet, comme de faire comprendre à une personne qui n'a pas assisté à un accès maniaque en quoi il consiste et diffère d'autres états analogues. On peut cependant s'en faire une idée à l'aide de la comparaison avec les délires aigus.

Chacun de vous a eu l'occasion de voir dans les hôpitaux des malades délirants, atteints de diverses maladies de délire aigu. Cette forme de délire se rapproche beaucoup de la forme maniaque, et, par conséquent, peut vous donner une idée exacte de ce que c'est que la manie. Que voyez-vous si vous entrez dans la cour des agités d'un asile d'aliénés? Vous y voyez des individus qui parlent beaucoup, qui sont sans cesse en mouvement, qui ne cessent pas un instant de parler d'une façon très-peu suivie, presque incohérente et passant très-rapidement d'une idée à une autre en se livrant aux mouvements les plus désordonnés et les plus irréguliers; ils crient, ils chantent, ils gesticulent.

 · ils frappent, ils déchirent, ils se déshabillent ; ils se livrent, en un mot, aux mouvements les plus variés et les plus désordonnés, en même temps qu'ils s'accompagnent de la parole avec une volubilité extraordinaire et presque sans interruption. Voilà ce qui représente le type de l'état maniaque. C'est le délire aigu que vous observez dans les hôpitaux avec cette grande différence que le maniaque vit plutôt sur le monde extérieur que sur le monde intérieur. Le délire du maniaque s'alimente beaucoup plus des faits extérieurs que de ses souvenirs et de ses idées anciennes. Cependant il est juste de dire qu'il puise des éléments à ces deux sources ; il y a des délires dont les éléments sont empruntés à la fois au monde extérieur et au monde intérieur ; mais ils diffèrent en ceci du délire aigu, que le délire aigu vit presque exclusivement sur des idées et des souvenirs intérieurs. L'un vit dans le monde extérieur ; il est éveillé ; l'autre est un rêveur qui parle, mais qui parle de faits étrangers au monde extérieur et qui rumine intérieurement sa propre pensée.

Pour étudier le délire maniaque dans ses détails, il faut passer en revue les divers éléments symptomatiques que nous avons énumérés d'une manière,

générale dans les leçons précédentes. Il faut d'abord nous demander ce qu'est la sensibilité morale chez le maniaque. Elle est surexcitée comme toutes les autres facultés; ces malades ont un excès de sensibilité morale; leur sensibilité interne et morale est surexcitée à un degré inimaginable qui n'est plus du tout celui de l'état normal. Par exemple, ces malades éprouvent un sentiment général de bien-être; ils sont heureux sans savoir pourquoi; malgré des signes évidents de maladie, ils n'ont pas conscience de leur état maladif; non-seulement ils ne se sentent pas malades, mais ils se sentent très-bien portants, beaucoup mieux portants qu'à leur état normal; ils ont une exubérance de bien-être, des sentiments de satisfaction et de bonheur. Ceci existe à divers degrés, mais existe presque chez tous les maniaques et c'est ce qui les différencie des états mélancoliques.

Cette sensibilité générale se manifeste également par une fermentation de toute la partie émotive et instinctive de notre être. Tous les penchants, tous les sentiments naturels même qui n'existent que dans certains moments de la vie humaine, fermentent en même temps dans la tête et dans le cœur du maniaque. Le maniaque est à la fois vindicatif, disposé à la haine, à la jalousie, à l'amour, à tous les

sentiments les plus variés; il est disposé à la colère, à la querelle, à la rixe, au combat, à la discussion. Toutes les parties émotives et instinctives de notre être se trouvent en fermentation dans la tête du maniaque, et toutes en même temps ou successivement.

On a comparé, sous ce rapport, la manie à l'état de colère. Ira, furor brevis, a-t-on dit de tout temps. Mais cette comparaison est loin d'être rigoureusement exacte. La colère a un motif; elle est motivée par une circonstance extérieure; dans l'individu en colère l'état de colère dépasse de beaucoup la valeur du motif qui a déterminé cet état mental. Il n'y a pas de rapport entre le motif et l'effet qu'il produit; mais enfin il y a un motif extérieur; tandis que chez le maniaque cette fermentation est tout-à-fait spontanée; c'est un produit morbide, involontaire et qui est sans rapport avec des motifs extérieurs. Le maniaque s'irrite, frappe, casse, brise, renverse et il n'a d'autres motifs qu'une impulsion interne; c'est un fait essentiellement pathologique, morbide et qui est un élément principal de la symptomatologie de l'état maniaque. Tous les sentiments, tous les penchants, toutes les impulsions sont surexcités en même temps ou l'un après l'autre.

Et, pour juger de cette surexcitation, non-seulement il faut constater qu'elle s'exprime par la parole, par les

mots employés, par les manifestations extérieures, par les gestes, mais il faut surtout la constater par les actes. Or, les maniaques se livrent constamment à des actes violents qui sont l'expression incontestable de cette fermentation intérieure des instincts et des penchants. Le maniaque est violent; il frappe, il brise, il renverse, il épuise sa rage, non-seulement contre les personnes qui l'entourent, mais même contre les objets extérieurs. Le maniaque a besoin de briser, de détruire, de casser, de déchirer. Ces manifestations violentes des penchants et des impulsions sont de tous les instants et sont un des caractères fondamentaux de l'état maniaque et c'est par ces actes multipliés qui se reproduisent à chaque instant qu'on peut juger d'une façon incontestable de la surexcitation des instincts et des penchants. Il n'y a donc pas lieu de douter que dans l'état maniaque il y a une surexcitation énorme de toutes les facultés émotives, instinctives, impulsives, les unes après les autres ou simultanément. Toutes ces facultés sont à un degré d'excitation qui dépasse de beaucoup l'état normal.

Indépendamment de cette surexcitation générale, il y a des surexcitations partielles. Il y a, par exemple, des penchants érotiques extrêmement développés chez les femmes; chez les hommes ils se révèlent sous forme de satyriasis ou

 d'autres formes et il y a un certain nombre de maniaques qui présentent une surexcitation des penchants génitaux au plus haut degré. Les femmes présentent ces manifestations érotiques non-seulement par les paroles, mais par les gestes, non-seulement par des propos obscènes, mais par des actes en public sans aucune espèce de pudeur ni de retenue. C'est le caractère de la fermentation auquel on a donné le nom de nymphomanie.

Il en est de même pour d'autres penchants, pour les sentiments de vengeance, de jalousie; tous les sentiments, tous les penchants sont surexcités dans la manie soit en même temps soit l'un après l'autre, soit d'une manière prédominante. Il en est de même de certains penchants qui n'existent pas à l'état normal, mais qui se développent accidentellement à l'état de manie. De jeunes filles très-bien élevées, atteintes de l'état maniaque, arrivent à un état de saleté obscène vraiment inattendu et incompréhensible. Il y a des exemples extraordinaires de jeunes filles qui jusque-là n'avaient jamais manifesté aucun instinct extraordinaire dans le sens génital et qui dans l'état maniaque agissent comme les personnes les plus dévergondées.

Pour le vol aussi; certaines femmes qui à l'état

normal n'avaient jamais commis aucun acte d'improbité, se livrent au vol d'une façon absolument automatique; elles volent pathologiquement, en vertu d'un état pathologique qui guérit avec la maladie elle-même ou ne peut se produire qu'accidentellement dans certaines périodes de la maladie.

Il en est de même de tous les autres penchants. On a signalé le penchant à l'homicide, à l'incendie, à la querelle; par exemple, dans les manies épileptiques, ceci est développé au plus haut degré. Il y a des épileptiques querelleurs, difficiles. Dans le service d'épileptiques de tous les asiles d'aliénés, il y a tous les jours des combats; ils se battent entre eux et se livrent à toute leur fureur. Il y a donc dans certains états maniaques un développement extraordinaire de certains penchants de préférence à certains autres.

A côté de ces troubles qui existent dans la partie émotive ou instinctive de notre être, viennent se placer les troubles de la partie intellectuelle. Le même désordre, la même fermentation qui existent dans les sentiments, se produit également dans le monde des idées. Ce qui caractérise essentiellement l'état maniaque, c'est la multiplicité excessive des idées qui surgissent, qui se remplacent, qui se heurtent, qui s'entrechoquent presque sans ordre apparent d'une

 façon tout-à-fait inattendue et qui pullulent dans l'esprit de l'aliéné. Cette fécondité d'idées, cette rapidité de production d'idées incohérentes qui ne s'appellent pas les unes les autres; qui ne se tiennent par aucun lien apparent, cet automatisme cérébral est le caractère fondamental de l'état maniaque. Il y a une fécondité extraordinaire d'idées; le cerveau est surexcité; il produit un plus grand nombre d'idées; il favorise l'éclosion d'idées qui se succèdent avec une extrême rapidité.

Quand on se borne à observer superficiellement, on croit qu'il n'y a absolument aucun lien entre ces idées, mais quand on se donne la peine d'étudier avec plus de soin, un quart d'heure, une demi-heure, immobile, on arrive peu à peu, surtout quand on sait observer, quand on a pris des renseignements auprès des parents sur le malade, sur ses antécédents, ou qu'on l'a interrogé lui-même sur les faits qui ont coïncidé avec le début de sa maladie, on arrive à trouver souvent un lien caché au milieu de ce désordre et comme l'a dit souvent mon père, on arrive à saisir un certain nombre de chaînons de la pensée. Les pensées se succèdent avec une telle rapidité que le maniaque saute rapidement de l'une à l'autre; il franchit

les pensées intermédiaires sans que la personne présente puisse le remarquer. Il y a diverses idées intermédiaires qui servent de chaîne et de lien entre les idées qu'il exprime; mais il n'en exprime qu'une portion; les idées intermédiaires il ne les exprime pas. Mais lorsqu'on étudie attentivement, on arrive à retrouver cet ordre caché et à saisir le lien.

Les maniaques, surtout quand ils sont à l'état aigu, ont plus de suite dans leurs idées qu'ils ne paraissent en avoir. L'incohérence est apparente, mais au fond il y a un ordre de succession dont on peut trouver le lien par une étude attentive.

Cette surexcitation de l'intelligence qui est très-frappante, se manifeste dans la plupart des facultés. Non-seulement l'intelligence est surexcitée dans son ensemble mais chaque faculté prend sa part de surexcitation. La mémoire arrive à un degré de surexcitation extraordinaire. Je vous ai déjà signalé ce fait (en vous parlant des lésions des facultés intellectuelles en général. Je vous ai dit qu'il y avait certaines espèces de folies, et ce sont les états maniaques qui présentent surtout ce symptome, dans lesquelles on a observé une telle surexcitation de l'intelligence, que plusieurs auteurs ont pensé que c'était de nouvelles facultés que la maladie avait fait naître. Ceci est de l'exagération. Chaque

309. individu ne peut produire au dehors que ce qu'il a réellement en lui. Mais il y a des facultés qui sommeillent à l'état normal, qui sont à l'état latent, qui ne se manifestent pas pendant l'état sain et qui prennent un développement extraordinaire pendant l'état maladif. Dans la variété d'état maniaque auquel on peut donner le nom d'excitation maniaque simple, c'est-à-dire de trouble mental sans incohérence, sans grand désordre, la mémoire et les facultés en général arrivent à un développement extraordinaire. Les malades reviennent sur les faits de leur vie passée, de leur enfance, de leur jeunesse, ils se rappellent une foule de faits qui semblaient effacés de leur mémoire; ils récitent des tirades entières d'auteurs classiques, en un mot, ils arrivent à un degré de surexcitation qui étonne les assistants et qui les étonne eux-mêmes.

Il en est de même de l'association des idées; elle participe à ce mouvement général de la pensée; mais ce sont plutôt les rapports de sons, de consonnances fortuites qui établissent un lien entre les idées qu'un rapport logique de cause à effet. Si vous écoutez un maniaque qui délire, vous vous apercevrez que c'est un son, un mot, une consonnance, qui lui servent de transition pour passer

d'une idée à une autre. Il se livre à une espèce de jeu de mots et de langage varié ; il prend la fin d'un mot pour en commencer un autre. Il y a là des rapports qui se font par les consonnances, par les mots, plutôt que par les idées.

C'est ainsi que procède le plus souvent l'association des idées chez les maniaques.

L'imagination est également très-surexcitée chez les maniaques. Il y a des malades qui à l'état normal étaient extrêmement secs dans leur manière de penser ; qui n'avaient aucune faculté imaginative, et qui peuvent présenter pendant l'état maniaque une imagination extrêmement active et développée. On a vu des malades d'une intelligence très-peu extraordinaire créer des rapports nouveaux, des tableaux, des ménages, des romans entiers extrêmement intéressants, des rapprochements inattendus, toutes choses qui sont le produit de l'imagination, aussi bien pendant l'état de délire que pendant l'état de santé.

Il y a donc non-seulement une surexcitation de l'intelligence, mais particulièrement de certaines facultés, comme la mémoire, l'association des idées, l'imagination, tandis qu'à côté de cette surexcitation, il y a, comme dans le rêve, un sommeil relatif des facultés sérieuses de

l'intelligence, de la réflexion, du contrôle, du retour sur soi-même, du jugement. Ce sont ces facultés fondamentales de l'intelligence humaine qui sont surtout supprimées pendant l'état maniaque comme pendant l'état de rêve, le malade s'abandonne tout entier à son imagination, à sa mémoire, à ses facultés spontanées ; mais il ne les contrôle pas, il ne juge pas les idées reçues, il ne fait pas un choix entre elles ; il ne prend pas une détermination en vertu d'un jugement, d'une pondération entre divers éléments de sa pensée. Il en résulte les conceptions les plus étranges, les plus impossibles. C'est ainsi que les malades croient reconnaître dans la figure des personnes qu'ils voient pour la première fois des personnes qu'ils n'ont jamais vues, des personnes mortes, des fantômes ; ils transforment toutes ces sensations sans le contrôle de la réflexion et du jugement.

Ceci m'amène naturellement à vous parler des faits relatifs aux illusions et aux hallucinations dans l'état maniaque.

Qu'est-ce que l'illusion ? Comme je vous l'ai déjà dit, c'est une erreur du jugement à l'occasion d'une sensation réelle. Or, les maniaques ont un grand nombre

d'illusions, beaucoup plus d'illusions que d'hallucinations. Surtout dans certaines formes de la folie. Au milieu de ce mouvement intellectuel, de cette fécondité d'idées mal coordonnées, le maniaque est victime de toutes les impressions qu'il reçoit du monde extérieur; il a les sens très développés, l'ouïe fine, la vue perçante; il est attentif, il a les yeux ouverts, tous les sens en éveil. Il entend dans le lointain des bruits de cloche, de tambour, de conversations que d'autres personnes ne remarquent pas autour de lui; et toutes ses sensations sont interprétées par lui à travers son délire et transformées en conceptions délirantes. Il croit entendre des bruits de cloches, le glas funèbre, une armée qui approche. Il interprète toutes les sensations naturelles d'une façon délirante et les fait entrer dans sa pensée. Il y a un mélange continuel entre les impressions du dehors et les éléments empruntés à la vie intérieure. C'est-là la source des illusions chez les maniaques, c'est ce qui fait qu'ils se trompent sur les qualités ou sur la nature des objets. Ils se croient dans un pays étranger, dans une ville tout-à-fait différente de celle où ils résident; ils croient voir des personnes qu'ils n'ont jamais vues ou qui sont mortes. Tout le monde extérieur semble transformé autour de ~~lui~~ du maniaque. Ce sont des sensations vraies, mais

. interprétées faussement par le délire. Il faut donc tenir grand compte de cette observation pour ne pas croire à la légère à l'existence d'hallucinations qui n'existent pas. Aussi elles ne sont pas aussi fréquentes qu'on le croit ; elles sont remplacées par des illusions. Il y a une sensation à la base de toutes ces interprétations délirantes ; ce n'est donc pas une hallucination, c'est une interprétation délirante à l'occasion d'une sensation réelle.

Et cependant il y a des hallucinations dans toutes les formes des maladies mentales, comme la manie épileptique qui présente de nombreuses hallucinations de l'ouïe ou de la vue. L'hallucination est donc un phénomène de l'état maniaque ; mais les illusions sont un phénomène plus nombreux.

Or, ceci n'existe pas au même degré dans les délires aigus et dans les délires toxiques. Dans ces délires les hallucinations sont beaucoup plus nombreuses, elles pullulent en plus grand nombre que dans l'état maniaque proprement dit. C'est ce qu'on observe dans les asiles d'aliénés.

La sensibilité physique est également altérée dans la manie. Elle est altérée sous la forme la plus générale, sous la forme du sentiment de la maladie. Comme je vous le disais tout-à-l'heure, le maniaque se croit très-

bien portant ; il n'a pas le sentiment de la maladie ; il n'a pas conscience de son état maladif ; il est dans un de ces états de bonheur analogue à celui qu'éprouvent les hystériques et les épileptiques avant les accès. Il y a souvent une période de deux ou trois heures de bien-être, de satisfaction, de béatitude, de sentiment de bien-être physique. Ce même sentiment est un fait normal, habituel dans l'état maniaque. Non-seulement les maniaques ne se sentent pas malades, mais ils se sentent très-bien portants. Or, ce sentiment ne repose pas seulement sur un fait de l'ordre intellectuel et moral, mais surtout sur un fait physique, sur un état de sensibilité générale.

La sensibilité est souvent altérée dans la manie soit en plus soit en moins. Il y a un fait très-important à noter. Les maniaques n'ont pas le sentiment de la fatigue ; ils peuvent se livrer à des mouvements désordonnés, la nuit, le jour, pendant des semaines et même des mois. L'organisme peut en subir les conséquences d'une manière fâcheuse sans que le maniaque éprouve le sentiment de la fatigue ; il ne se sent pas épuisé ; il croit toujours sentir ses forces au même degré, quoi qu'il en ait fait une dépense très-exagérée. Non seulement les maniaques ne sentent pas la fatigue, mais ils se sentent une force musculaire exubérante et ils éprouvent

 le besoin de s'en servir; ils éprouvent le besoin de lutter, de combattre, de détruire, et ceci, non-seulement en vertu de leurs passions et de leurs penchants surexcités, mais d'un besoin vague d'exercice musculaire. Il y a là une sorte d'excitation permanente qui a pour résultat de porter involontairement le malade à l'exercice musculaire. Il a besoin de marcher, d'exercer tous ses muscles; c'est comme l'enfant qui commence à marcher et qui a besoin d'exercice pour développer son système musculaire.

C'est ce qui fait que dans les asiles d'aliénés il y a tant de luttes, de combats entre les aliénés maniaques et les personnes qui sont chargées de les soigner. Ce n'est pas seulement le résultat d'une contrariété, c'est le résultat d'un besoin. Même dans la solitude, enfermés dans une cellule, ils éprouvent le besoin de lutter contre les objets extérieurs, alors qu'il n'y a pas de personnes vivantes autour d'eux. Il y a un besoin de dépense de force musculaire qui est exagéré au plus haut degré.

Cette force musculaire est-elle réellement centuplée? Il est certain que dans quelques cas cette exagération existe, mais pas aussi constante qu'on le dit. Il y a des malades qui s'épuisent comme dans l'état normal et chez lesquels

la force musculaire n'est pas aussi exagérée qu'elle le paraît. Ce qui fait illusion, c'est qu'ils ont une audace extraordinaire. Ils ne sont pas dominés par la crainte de la résistance; ils ne connaissent pas d'obstacles; leur surexcitation les pousse à agir même contre l'impossible, à lutter contre sept ou huit personnes, contre des murailles, contre les objets indestructibles sans tenir compte du degré de la résistance; de sorte que ceci fait illusion sur leur force musculaire. Leur force n'est pas centuplée, comme on le croirait, mais le malade ne connaît pas d'obstacles, il n'apprécie les résistances ou du moins il n'en tient pas compte. D'un autre côté la surexcitation de ses penchants est tellement grande qu'il est poussé malgré lui à agir, alors même que ses forces le trahiraient et lui feraient défaut, de sorte qu'il y a là plusieurs éléments dont il faut tenir compte pour interpréter les luttes dont on est témoin. Ces luttes sont le résultat, d'une part, de l'impulsion des penchants qui est très-violente; d'autre part, de l'absence de perception du degré de résistance et enfin du besoin d'exercice de la force musculaire, réellement augmentée dans beaucoup de cas.

Indépendamment de ces troubles généraux de la sensibilité, il y a les troubles partiels. On a à constater

 dans certains cas de l'anesthésie et de l'hypéresthésie.
Dans une certaine variété de la manie hystérique l'anesthésie et l'hypéresthésie sont fréquentes. Il y a des malades hystériques qui ont des anesthésies partielles, temporaires, des hémi-anesthésies ou des anesthésies de tout le corps. On trouve chez les maniaques hystériques ces faits qui sont si fréquents dans les hystéries ordinaires. Il en est de même de l'hypéresthésie soit momentanée, soit plus prolongée; mais elles sont loin d'être aussi fréquentes chez les hystériques et dans d'autres névroses dans lesquelles il y a alternance ou succession de la catalepsie, de l'extase, du somnambulisme. Dans ces formes névropathiques qui sont surtout fréquentes dans les épidémies de folie, il y a énormément de troubles de la sensibilité. Dans toutes les descriptions qu'on a faites de la folie épidémique, on a noté l'existence de ces troubles partiels ou généraux de la sensibilité, anesthésie ou hypéresthésie. C'est surtout dans ces formes épidémiques que ces phénomènes physiques existent; car dans la manie ordinaire il est rare de constater de l'anesthésie ou de l'hypéresthésie d'une façon démontrable, avec facilité.

Il en est de même des phénomènes de lésions musculaires, de motilité. Les contractures, les spasmes, la paralysie partielle, tous les phénomènes des troubles musculaires, soit

locaux, soit généraux, existent également chez les maniaques; mais on les observe surtout dans la manie liée à l'hystérie, aux névroses et dans les folies épidémiques beaucoup plus que dans les espèces de manies que nous sommes appelés à voir tous les jours.

Après ces indications sur les lésions de la sensibilité et de la motilité, j'arrive aux lésions des fonctions organiques. Ces lésions sont assez nombreuses, quoi qu'on en ait dit, et un des mérites de l'école somatique allemande est d'avoir attiré l'attention sur ce point. Jacoby, en particulier, a fait sur la manie un volume de 700 pages et il a passé en revue les états de toutes les fonctions organiques chez les maniaques: fonctions de la digestion, fonctions de la nutrition, fonctions de la respiration, fonctions génitales. Avec ces observations il a fait un livre très-intéressant qui malheureusement n'est pas traduit sur la manie, dans lequel il a surtout étudié les phénomènes physiques des lésions des diverses fonctions organiques. Cet ouvrage déjà ancien n'a pas perdu de son actualité, parce qu'il est basé sur l'observation vraie. On y trouve beaucoup de données sur les lésions des fonctions organiques dans la manie. Par l'effet de la manie, la nutrition est très-souvent altérée, les malades maigrissent; on peut poser

ce fait comme règle générale. Tout individu qui reste plusieurs mois dans l'état maniaque a tendance à l'amai=grissement surtout dans la période suraiguë. Plus tard, au contraire, quand l'état maniaque persévère, devient continu ou passe à la chronicité, il arrive une période où l'embonpoint recommence à se montrer, mais ce retour à l'embonpoint est signalé comme fâcheux au point de vue du pronostic. C'est en général une indication que la maladie passe à l'état chronique, ou qu'elle sera de longue durée. Les manies aiguës s'accompagnent d'un grand amaigrissement; à cet amaigrissement se lient les lésions des sécrétions; elles sont moins abondantes; mais ces sécrétions sont surtout troublées. Il arrive des moments où il y a excès d'une sécrétion; d'autres moments où elles sont sup=primées momentanément. C'est ce qui a lieu pour la salivation; il y a des périodes de salivation extrêmement abondante, d'autres périodes où la bouche est sèche et où les sécrétions sont très-peu abondantes. Il y a sous ce rapport de grandes alternances selon le moment.

Il en est de même de la peau; elle est ordinairement rugueuse, desséchée, absolument comme dans certaines variétés de la mélancolie. Cependant il y a des formes de manie suraiguë

dans lesquelles on observe une certaine douceur de la peau ; il n'y a donc pas de règle générale.

Le sommeil est presque toujours troublé dans les états maniaques et surtout dans la période du début. Dans la plupart des cas de manie aiguë il y a insomnie presque absolue dans les premiers temps et même souvent pendant plusieurs mois. On a fait à cet égard des observations très-curieuses. Certains médecins ont pris la peine de circuler la nuit d'une cellule à l'autre et sont arrivés à constater que certains malades peuvent passer deux ou trois mois et même davantage sans dormir ou très-peu. L'insomnie est un fait habituel dans l'état prodromique de la manie aiguë. A mesure que la manie tend à devenir chronique, le sommeil se produit ; il y a des malades qui dorment très-bien la nuit malgré la grande excitation qui existe pendant le jour ; mais dans les périodes aiguës l'insomnie est le fait habituel. Il y a quelquefois des heures de sommeil ; mais il est assez habituel de constater de l'insomnie à divers degrés dans tous les états maniaques.

L'état des fonctions génitales est très-différent selon les maniaques. En général, les fonctions génitales sont surexcitées comme toutes les autres ; il y a exagération surtout

 dans les périodes prodrômiques. Mais ce fait n'est cependant pas aussi constant qu'on l'a cru. Il y a certaines variétés dans lesquelles on peut observer le silence des fonctions génitales ou du moins leur affaiblissement momentané. On ne peut pas établir à cet égard de règle générale, parceque cet état maniaque est très-vague et s'applique à des faits très-divers et ce qui est vrai d'une période ou d'une variété, ne l'est pas toujours d'une autre période ou d'une autre variété.

Les fonctions de la digestion sont presque toujours troublées, surtout dans les premières périodes, en plus ou en moins. Dans les premières périodes de la manie la digestion est ordinairement troublée; l'appétit diminue; il y a un état maladif du système digestif, qui se rapproche de la dyspepsie. Ce n'est que plus tard, lorsque la manie est complètement développée, que les malades arrivent à avoir un appétit féroce. On voit des malades qui ne sont plus dans la période aiguë, avoir un appétit excessif et manger énor=mément pour réparer les pertes qui ont lieu par la parole, par le mouvement, par l'absence de sommeil; ils ont besoin de manger beaucoup sous peine de voir leurs forces diminuer et leur nutrition complètement altérée.

Aussi les maniaques qui refusent les aliments sont très-exposés à mourir ou du moins à être dans un état très-grave. Pendant la période suraiguë la digestion est donc troublée. Au début il y a quelquefois un peu de fièvre ; la langue est sale, la peau est sèche ; il y a même quelquefois augmentation de la température. Ceci a été surtout noté dans les formes maniaques de la paralysie générale. On a fait des études avec le thermomètre et on a dans certains cas constaté jusqu'à un degré de plus que dans l'état normal, quoiqu'il n'y ait pas d'élévation du pouls, mais élévation de la température.

Il en est de même de certaines manies suraiguës dans les premières périodes.

Vous voyez donc que même en parcourant très-rapidement l'état des fonctions, on peut constater chez les maniaques des lésions des fonctions organiques. Nous aurons à y revenir avec plus de détail à propos de chacune des formes de la manie. Pour aujourd'hui nous sommes obligés de nous borner à des faits absolument généraux, nous réservant d'insister sur chaque détail à propos de chaque variété maniaque.

La manie a une marche assez variable, selon les cas et les variétés. On a rapporté des faits de manie à explosion

rapide sous l'influence d'une terreur, ou d'une émotion ex=
=trêmement vive. Mais ces faits sont très-rares, si tant est
qu'on puisse encore en démontrer l'évidence. Dans la plupart
des cas, la Manie présente presque toujours une période
prodromique assez prolongée.

Quand on est appelé à observer un maniaque
avant l'explosion, ou qu'on reconstitue après coup son histoire par les
comptes-rendus des parents, on arrive à constater que pendant
trois semaines, un mois, le malade a eu une période prodromique
qui n'est pas du tout la période maniaque. La plupart
des manies commencent par un état mélancolique général.
Et c'est ainsi que dans une description très-courte, mais
très énergique, arrêtée, avait signalé ce fait
que la manie n'est souvent que la suite et la conséquence
de la mélancolie. La plupart des états maniaques sont
précédés par un stade mélancolique. Avant de devenir
maniaques les malades ont une période assez prolongée
de tristesse, d'abattement; ils se sentent fatigués, incapables
de rien faire; ils ont besoin de rester au lit ou assis; ils ne
peuvent plus se livrer à aucun exercice; tout leur est pénible;
ils ont, en un mot, le caractère général de l'état mélancolique.
Dans cet état qui les attriste et dont ils ont conscience, ils

sentent que surgissent peu à peu des dispositions nouvelles dont ils s'étonnent et s'affligent, et le malade assiste alors, comme je vous l'ai dit déjà en parlant de l'incubation, à l'évolution progressive de son mal et il en est désespéré. Il se sent des idées nouvelles qui surgissent en lui involontairement ; il ne peut pas les combattre ; il ne peut arriver à les dominer, et cet état de lutte et de combat est des plus affligeants pour lui. Lorsque le malade en fait la confidence à un ami ou à un médecin, il ne peut s'empêcher de se désespérer de ce nouvel état dont il a conscience et dont il ne peut pas empêcher le développement. Ce n'est qu'après une période assez longue d'état prodromique que peu à peu surgissent les idées de satisfaction, de bien-être, de bonheur et que la multiplicité des idées qui pullulent dans l'esprit constitue alors l'état maniaque.

Il importe beaucoup dans la pratique, au point de vue du diagnostic, de connaître ces faits généraux, parce qu'on peut croire à l'évolution d'une affection mélancolique tandis qu'en réalité on a affaire à l'explosion de l'état maniaque, ce qui est très-différent au point de vue du pronostic et du diagnostic et même au point de vue du traitement.

Après l'explosion de la manie, cette forme de maladie peut présenter des variétés dans son cours. Il y a des états maniaques qui pendant toute la durée de l'accès ne présentent que de simples différences de degré; d'autres ont des rémissions et des paroxysmes, mais avec aucune différence; il y en a d'autres chez lesquels ces rémissions et ces paroxysmes sont à un degré de contraste excessif; pendant certains moments ils sont presque calmes, ils causent assez raisonnablement; ils apprécient leur état de maladie antérieure; ils semblent revenir à la raison; puis au bout de quelques heures l'état maniaque reprend avec une nouvelle intensité. Ces formes de la manie sont en général les plus graves.

Il est naturel que dans tous les états maniaques il y ait des différences de degré d'un moment à l'autre. On ne peut pas admettre qu'un malade soit toujours au même degré d'intensité maladive; mais tant que ces degrés ne dépassent pas une certaine mesure, c'est l'état habituel, cela n'a rien d'extraordinaire. Mais quand ces rémissions et ces paroxysmes constituent une différence tout-à-fait flagrante, que le malade ne se ressemble pas du tout à lui-même, ça devient une manie rémittente à petits accès tou-

rapprochés séparés par des intervalles très-courts. Ces formes de manie sont ordinairement les plus graves de toutes; c'est un mauvais signe. Quand il existe des différences aussi flagrantes dans un état maniaque observé pendant plusieurs mois, les rémissions et les paroxysmes sont considérés comme de bon augure.

La manie dure ordinairement assez longtemps. Une fois qu'on a dépassé les limites du délire aigu qui ne dure que trois semaines, un mois, six semaines au plus, l'état maniaque subsiste ordinairement plusieurs mois, même six mois dans les cas les plus favorables. Esquirol a dit qu'il guérissait autant de maniaques dans la seconde année que dans la première. Ce fait n'est peut-être pas rigoureusement exact; mais il a pour but de nous montrer qu'un assez grand nombre de malades peuvent guérir dans la seconde année. Cependant, en général, au bout de six mois, un an, quelquefois un peu plus, l'état arrive à la guérison; autrement la chronicité s'établit et on peut craindre l'incurabilité. Après la seconde année les chances de guérison diminuent. Cependant quelques années après, dix, douze ans même, on a cité des cas de guérison.

Je ne parlerai pas aujourd'hui de toutes les formes

de la manie et de la mélancolie ; j'aurai l'occasion d'y revenir en vous parlant de la folie circulaire, qui consiste précisément dans cette alternance irrégulière des deux états de manie et de mélancolie se succédant soit à courts intervalles, ce qui est plus rare, soit à intervalles éloignés, ce qui est habituel. Ils restent six mois, un an maniaques, puis ils deviennent mélancoliques, puis rede=
=viennent maniaques et ainsi de suite. Ce sont ces états qui constituent ce que mon père a appelé la folie circulaire ; Baillergé la désigne sous le nom de folie à double forme. Cet état mérite une étude attentive et nous y reviendrons.

Quels sont les modes de guérison de la manie ? La manie, comme toutes les maladies mentales, peut aboutir à la mort, ce qui est assez rare, par l'effet de la maladie cérébrale, et ce qui n'a pas lieu souvent, par des maladies incidentes ; elle peut aboutir aussi à la chronicité ou à la démence. Mais reste la terminaison possible pour la guérison. Or, comment s'opère-t-elle ?

De plusieurs manières. Il y a d'abord des guérisons presque subites, extrêmement rapides. Après une durée plus ou moins longue on voit des malades

qui tout-à-coup, en quelques heures, en quelques jours, reviennent à la raison. Il semble qu'un voile soit tombé de devant leurs yeux, qu'ils sortent d'un rêve pour rentrer dans la vie réelle. Cette forme de guérison subite, instantanée en quelque sorte, est fréquente dans les formes périodiques ou intermittentes; elle caractérise même ces formes de la maladie. Je vous dirai plus tard que c'est-là un des caractères prin=cipaux de la folie intermittente, de passer très-rapidement d'un état de maladie intense à l'état de guérison complète. C'est donc un mauvais caractère au point de vue de la guérison, que cette guérison trop rapide, puisque c'est le signe d'une reproduction ultérieure d'un accès. La plupart de ceux qui guérissent en quinze jours retombent malades; seulement il y a quelquefois des intervalles de dix ou douze ans avant la reproduction d'un nouvel accès. Mais les formes périodiques ou intermittentes guérissent presque toujours de cette façon rapide; il y a comme un changement à vue. Dans d'autres cas, et ce sont les plus habituels, la guérison est progressive et très-lente; on assiste successivement à des périodes de plus en plus prononcées de convalescence. Les malades commencent à reconnaître peu à peu leur délire; ils abandonnent certaines de leurs idées, ils deviennent plus calmes, leur vie est plus

329. régulière; il y a une amélioration très-notable que tout le monde peut constater. Ils commencent à demander à voir leurs parents, à établir des relations avec leurs amis. Les sentiments affectifs se raniment en même temps que les facultés intellectuelles se régularisent; de même que c'est par les sentiments que la maladie a commencé, c'est également par le retour des sentiments affectifs qui signale la guérison et elle n'est guère possible à admettre que quand il y a retour des sentiments affectueux en même temps qu'une amélioration du côté intellectuel. Les malades qui conservent leur égoïsme ne sont pas des malades en voie de guérison sérieuse; c'est par le retour des sentiments affectifs que se signale surtout la guérison des maladies mentales.

On a insisté avec détail sur ces divers caractères de la convalesence aussi bien dans la manie que dans la mélancolie, et je vous en ai déjà parlé; seulement il faut noter ce fait particulier à la manie, c'est que souvent la guérison a lieu par oscillations au lieu d'être régulière et progressive; il y a des alternances d'aggravation et d'amélioration progressive, sorte d'oscillation du pendule qui va en diminuant d'amplitude. Les malades sont pendant quelques jours plus malades; puis période

de rémission, nouvelle période d'amélioration de plus en plus grande, nouveau retour d'aggravation, comme le mouvement du pendule. C'est-là le fait le plus favorable. Ordinairement c'est ainsi que procèdent les malades qui arrivent à la guérison.

Dans la guérison de la manie on voit se produire ordinairement le même fait qui a eu lieu au début, c'est-à-dire qu'il y a un stade mélancolique à la suite d'un amaigrissement considérable et d'une très-grande fatigue accompagnée d'insomnie. Les malades recouvrent peu à peu le sommeil, l'appétit et l'activité normale de leurs fonctions intellectuelles et physiques; ils reprennent de l'embonpoint, s'améliorent sous tous les rapports; mais ils commencent à sentir la fatigue et la maladie; ils sont comme courbaturés; ils sentent qu'ils sortent d'une maladie grave, comme d'une fièvre typhoïde. Il y a donc une période d'affaissement pendant la convalescence; et ceci mérite d'être très-connu pour éviter les erreurs de diagnostic. On peut croire à une transformation morbide, s'imaginer que la mélancolie va succéder à l'état maniaque, et, en effet, pendant longtemps la confusion est possible; si cet état mélancolique ne se

 prononce pas s'il est très-modéré, s'il va en diminuant d'intensité, on peut croire à une guérison solide et sérieuse, et si, au contraire, l'état mélancolique dure, on doit craindre une transformation morbide, c'est-à-dire la forme circulaire. On peut craindre beaucoup pour l'avenir du malade, parce qu'il est à présumer qu'après la période mélancolique prolongée reviendra une nouvelle période maniaque. Il est donc bon de savoir qu'il y a un stade mélancolique plus ou moins prononcé avant la guérison.

Esquirol a noté un autre fait important comme coïncidant avec la guérison des états maniaques, c'est l'existence de crises physiques; pour lui, il n'y avait pas de guérison sérieuse sans cela. Il y avait des phénomènes physiques, les uns se manifestant par l'éruption de furoncles, ou d'anciennes éruptions d'hémorrhoïdes supprimées, par le retour de la menstruation chez les femmes; on leur a donné le nom de phénomènes critiques. Ce fait a lieu dans un certain nombre de cas; mais il ne faudrait pas trop le généraliser; cependant c'est important à noter comme histoire générale de la maladie. Il est certain que souvent dans les guérisons légitimes on

constaté de ces crises physiques. On a même cru à un rapport de cause à effet et dans certains cas on a constaté que ce sont les mêmes phénomènes qui ont existé avant la maladie qui se produisent après la guérison, par exemple, un ulcère, un eczéma, une maladie de peau. Il y a une sorte de rapport de cause à effet entre la suppression de la maladie mentale et la réapparition de la maladie physique.

Ceci s'observe également pour des états plus profonds de l'organisme; par exemple, on a noté l'alternance possible entre la manie et la phthisie. Dans l'état maniaque la tuberculisation diminue ou ses symptômes tendent à disparaître; quand la manie guérit, la phthisie reprend son cours et devient en quelque sorte galopante et entraîne la mort très-rapidement; si la maladie tuberculeuse diminue d'intensité, l'état maniaque reparaît, et réciproquement.

On a signalé la même alternance à propos de la grossesse; on a vu des femmes guéries de l'état maniaque en devenant enceintes; d'autres se disant bien portantes pendant la grossesse deviennent maniaques au moment de l'accouchement. Il y a donc alternance entre la grossesse et la manie.

On peut signaler le même rapport à propos d'un état puerpéral. Il y a des folies maniaques qui se produisent

 après un accouchement soit immédiatement, soit six semaines après. Dans ces cas on a dit quelquefois que la guérison de la manie survenant et nouvelle grossesse se produisant, il est à craindre de voir un nouvel accès maniaque se reproduire. Il n'en est rien. M. Marcé a publié des observations très-nombreuses qui tendent à prouver que la folie puerpérale ne se produit pas du tout nécessairement après chaque accouchement. Il n'y a aucun rapport entre les deux états. Les malades redeviennent enceintes, accouchent dans les meilleures conditions et ne retombent pas dans l'état maniaque. Un nouvel état maniaque est donc sans rapport avec l'état puerpéral. De sorte qu'il y a des folies intermittentes et nullement de folies puerpérales.

Il y a là une cause d'erreur démontrée par un grand nombre d'observations. Il est vrai que c'est une des causes de la manie; mais il n'est pas vrai du tout qu'une femme doive nécessairement en être atteinte après ses couches; ces deux faits ne sont pas connexes.

Dans la prochaine séance, je vous parlerai des diverses variétés de la manie épileptique, hystérique, des excitations maniaques périodiques, de la manie

Suraiguë; il est probable que je serai obligé d'y consacrer deux Séances, d'autant plus que nous aurons à terminer par l'étude de la manie raisonnante.

328.

12e Leçon

23 Décembre 1876.

Messieurs,

J'ai maintenant à vous parler des variétés de la manie. Comme je vous l'ai dit mardi, le mot "manie", employé par Esquirol, est un mot vague qui s'applique à des états très-différents les uns des autres, présentant des variétés très-différentes les unes des autres; il est donc important de ne pas se borner à l'emploi de ce mot et d'indiquer les différences qui se produisent dans les idées dont est frappée l'imagination des maniaques.

Des tentatives dans ce but ont été faites et sont restées longtemps infructueuses; la classification des idées

délirantes était chose fort difficile, car ces idées sont très-variables. On a appliqué à deux espèces de manie les qualificatifs de "puerpérale et d'alcoolique"; eh bien! la manie puerpérale n'a pas de caractères particuliers, spéciaux. On sait que parfois un état maniaque succède à un accouchement, mais il n'a pas de caractères spéciaux; il n'est donc pas possible de faire, comme on a essayé de le faire, la description de la manie puerpérale, puisqu'il n'est pas possible, je le répète, d'assigner des caractères propres à cette espèce de manie.

C'est ailleurs qu'il faut chercher s'il n'y a pas des distinctions à établir, et, dans l'état actuel de la science, on est arrivé à déterminer quelques variétés de la manie et on est arrivé à reconnaître, dans la manie, la manie suraiguë, la manie périodique, la manie présentant des périodicités plus ou moins régulières, l'excitation simple, la manie hystérique, la manie épileptique. Il y a là à établir des distinctions qui peuvent servir aux praticiens; mais il ne suffit pas de faire des distinctions psychologiques qui servent seulement aux études de cabinet, mais des distinctions

pratiques qui servent au diagnostic et au traitement ? 331

Je vous ai déjà parlé de la manie suraiguë : quand vous entrez dans la cour d'un hôpital d'aliénés, vous apercevez certains maniaques qui circulent, qui se promènent avec l'apparence de la raison ; ils vous abordent, causent avec vous, sont capables d'une certaine conversation ; à certains moments du jour, ils ont des idées assez sensées, qui ne sont pas trop incohérentes, ils ne sont pas au degré suraigu ; mais si l'on va à l'infirmerie on en trouve d'autres qui sont dans des conditions bien différentes, dans un état physique tout autre : le pouls ne fonctionne point d'une manière régulière, la peau est sèche ; les lèvres sont dans l'état de celles des personnes atteintes de la fièvre typhoïde ; ces personnes ont une soif ardente, sont dans un état fébrile très-prononcé ; il y a là un état physique très-bien caractérisé, un état mental très-différent de l'état mental ordinaire. Les malades dont je parle ne peuvent se tenir en place ; nuit et jour, sans interruption, ils manifestent une agitation excessive qui dépasse tout ce qu'on peut imaginer. Il y a là une manie suraiguë.

Cet état se manifeste non-seulement par les

 actes, mais aussi par les paroles : ils répètent souvent les mêmes mots ; ils adoptent un certain nombre de mots qu'ils répètent d'une manière automatique, indéfiniment, avec rage, pendant des heures entières. C'est là un des caractères de la manie suraiguë.

Mais cette manie a d'autres caractères : les malades éprouvent le besoin de faire, de répéter les mêmes mouvements comme dans le delirium tremens ; ils se livrent à des actes automatiques qui ne sont nullement motivés par la douleur ; il y a une impulsion musculaire, des mouvements instinctifs, qui se produisent d'une manière suivie.

Un autre caractère : c'est le besoin de parler ; je vous l'ai déjà dit, le malade répète toujours les mêmes phrases ; il a besoin de crachoter, surtout quand on lui présente des aliments ; bien loin de manger, de manger avec avidité, comme le font d'autres maniaques, ils éprouvent le besoin de rejeter les aliments ; c'est surtout quand on les voit rejeter les aliments qu'ils prennent, que le délire suraigu peut devenir plus dangereux.

La distinction que je cherche à établir a, au point de vue pathologique du traitement, une grande

importance; car quand les accidents que je viens de vous signaler se présentent dès le début, la mort est à craindre, est presque certaine. Les cas de guérison sont très-rares.

Le pronostic est moins grave quand la maladie se complique d'un autre cas.

Nous voyons des malades qui après avoir présenté des phénomènes de manie simple se sentent pris de manie suraiguë, mais d'une manière chronique. Ce cas est moins rare et moins grave. Dans le cas de paralysie générale, il y a des malades atteints d'abord de la forme, de la variété mélancolique, qui passent ensuite au délire aigu et alors se manifestent chez eux les phénomènes de la manie suraiguë; ils arrivent à refuser les aliments, à crachoter; quelques-uns meurent pendant ce temps-là, souvent faute d'une alimentation suffisante ou par suite de l'excitation de forces cérébrales qui se produit chez eux jour et nuit. Les autres, après un mois environ, après cette période aiguë, reprennent de l'appétit et sont appelés à vivre encore plusieurs années peut-être.

Le pronostic est donc chose très-grave. Passons au mode de traitement. On a employé tous les modes de

334. traitement, tous les moyens : la morphine, les vésicatoires, la belladone, etc ; mais, en dehors de ces moyens, on eu recours à des bains prolongés de huit à dix heures ; on a été jusqu'à mettre les malades au bain pendant 8 à 10 jours sans interruption, jour et nuit, en réchauffant le bain ni trop, ni trop peu. Quand on emploie ce mode de traitement, je n'ai pas à vous indiquer toutes les précautions qu'on a à prendre ; la surveillance doit être incessante et ne peut être exercée que par le médecin ; un de nos confrères, le docteur Eurek[?], prétend avoir guéri ainsi 200 malades. Un autre médecin, le docteur Bonnefous, dit qu'on peut organiser une surveillance suffisante sans le médecin, que la présence du médecin n'est pas indispensable. La plupart des médecins, disons-le, ne vont pas jusque-là et se contentent de bains de 8 à 10 heures. Le traitement par les bains est le meilleur à employer.

Cet état maniaque est très-grave et doit être distingué des autres ; mais on doit être très-réservé au point de vue du pronostic.

J'arrive à la folie périodique. Cette manie peut être guérie par le quinquina ou la quinine. Ces cas de folie mentale, se reproduisant à des heures fixes

sont extrêmement rares. On ne rencontre jamais cette régularité qu'on constate dans les fièvres. Je le répète, dans la plupart des cas, la périodicité ne se produit pas avec une grande régularité; quoi qu'il en soit, il y a bien des faits de manie qui se reproduisent à divers intervalles, tous les deux, tous les trois, quatre, cinq ou six jours. Il y a des cas qui se reproduisent à courtes périodes; il y a des accès qui durent jusqu'à quinze jours et qui sont remplacés par des périodes de lucidité de même durée; d'autres accès, qui durent six mois et plus longtemps, doivent aussi être regardés comme des maladies périodiques. Quand la seconde maladie n'est pas la reproduction exacte de la première, il est difficile de démontrer la périodicité; cependant il y a quelques caractères qui permettent d'arriver au pronostic. Les manies périodiques ont des caractères communs; on peut arriver à se convaincre que les manies périodiques ont des caractères semblables, qu'elles durent peu de temps ou un temps assez long; il y a, en résumé, certains caractères communs qui indiquent la périodicité.

Le premier caractère, c'est la rapidité de l'invasion. Toute manie périodique a une invasion plus rapide que les autres états maniaques.

Quand on étudie la manie en général, on aperçoit que tous les états maniaques ont des prodrômes, sont précédés d'un état mélancolique qui dure une quinzaine de jours avant que l'état maniaque soit visible. L'invasion, dans l'état périodique, est plus rapide que dans la manie ordinaire, que dans la manie continue. Voilà un caractère, un premier caractère qui s'applique aux manies périodiques ou intermittentes.

Un autre caractère: les phénomènes qu'on a observés au premier accès se reproduisent d'une manière identique au second; les malades passent toujours par les mêmes phases et ils ont conscience de cette identité de situation entre l'état où ils ont déjà été et celui où ils sont; les parents vous racontent aussi les phénomènes dont ils ont été les témoins au premier accès et vous montrent que les accidents qui surviennent au second sont semblables à ceux qui se sont produits déjà. Les malades eux-mêmes vous disent, quand est arrivée la guérison, qu'ils ont eu à passer dans le second accès par les mêmes phases que dans le premier.

Il faut vous parler des symptômes physiques, intellectuels et moraux qu'on observe dans ce genre

de manie.

Symptômes physiques : il y a, chez le malade, de l'embarras gastrique, des saignements de nez ; à chaque accès, les mêmes accidents se reproduisent. Tous les médecins sont d'accord sur ce point quand il s'agit de la manie périodique : chaque accès présente les mêmes symptômes physiques, moraux et intellectuels.

Pour les symptômes moraux, même chose ; les malades se livrent aux mêmes actes, aux mêmes paroles ; on prévoit les accès aux propos que tiennent, aux actes qu'accomplissent les malades. Les accès se présentent avec la même intensité ; le degré est le même. Il y a dans ce genre de manie beaucoup moins d'oscillations, de changements que dans les autres états de la manie.

Prenez un maniaque ordinaire ; vous remarquerez de grandes inégalités dans son état pendant la durée de la maladie, tandis que l'autre atteint de manie périodique est presque toujours semblable à lui-même sauf quelques instants d'excitation qui sont de peu de durée, qui ne pourront détruire les caractères généraux que je viens d'assigner au genre de manie dont je parle.

De même que la maladie périodique a une invasion

338. subite, rapide, elle cesse de la même manière; les malades semblent sortir d'un rêve; on dirait qu'un voile qui obscurcissait leur vue est tombé tout-à-coup de leurs yeux; instantanément ils passent de la nuit au jour; pour ces malades, il n'y a pas de convalescence. Le retour à la raison est très-rapide; d'un jour à l'autre, ils passent à la lucidité; ils se rappellent ce qui leur est arrivé et vous disent eux-mêmes qu'ils se sont trouvés tout de suite guéris, d'une manière inattendue, presque mira=culeusement.

Quand arrive la guérison, il se produit un fait qui n'a pas encore été cité: les malades n'ont pas honte de l'état d'où ils sortent; ils se rapprochent plus que les autres maniaques des malades ordinaires. Tandis que la plupart des maniaques n'osent point parler de la situation dans laquelle ils se sont trouvés, l'individu qui a été atteint d'une maladie intermittente, périodique, n'est pas honteux, n'est nullement honteux; il ne craint pas d'avouer qu'il a été dans telle situation. Il ne craint point de retourner dans l'asile où il a été soigné, d'aller s'entretenir avec les médecins et les autres personnes qui l'ont soigné. Il y a là quelque chose de très-important à retenir. Les autres maniaques se conduisent tout autrement: ils cachent à

tout le monde qu'ils ont été enfermés et redoutent de retourner dans les lieux où ils ont trouvé leur guérison, de revoir les médecins à qui ils doivent le retour à la santé.

Un autre caractère de cette manie, c'est qu'elle est héréditaire. L'hérédité est même très-fréquente et chez les héritiers la maladie se présente toujours sous la même forme, sous une forme similaire ; c'est ce qu'a constaté le Dr. Morel.

On peut donc distinguer la manie périodique des autres variétés de la manie.

Nous arrivons à l'excitation simple. On n'a pas encore bien indiqué les caractères qui doivent la distinguer des autres cas de manie.

La première distinction à faire repose sur l'état mental, de l'intelligence ; ces malades se font remarquer par leur loquacité ; ils parlent très-vite, très-vivement, d'une manière très-suivie ; leurs phrases sont très-complètes ; ils tiennent souvent des conversations très-intéressantes, pleines d'esprit, de poësie ; on a même prétendu que sous l'influence de la surexcitation produite par la maladie, ils montrent des facultés qu'on n'avait pas aperçues chez eux auparavant.

Les maniaques atteints d'excitation simple sont ceux qui vont les premiers aux visiteurs qui se présentent

340. dans les maisons de santé ; ce sont eux qui vous servent de guides ; ils savent tout, sont doués d'une mémoire remar=quable ; s'ils ne se montraient pas trop remuants, très-excités, on se demanderait comment on a pu les enfermer dans une maison d'aliénés. Le désordre chez eux est dans les sentiments ; leur intelligence est surexcitée ; mais ils ne perdent pas le souvenir de ce qu'ils ont appris. Ils récitent des vers, des pages entières ; ils ont une facilité énorme d'élocution ; mais si vous ne vous bornez pas à une seule visite, ces malades vous apparaissent sous un aspect tout différent ; voyez les chez eux et vous remarquerez des gens malades avec lesquels il est impossible de vivre, qui se signalent par un désordre inouï qui existe dans les sentiments et qui se traduit par des actes : ils sont haineux, vindicatifs ; ce sont de véritables démons ; ils inventent d'horribles accusations contre tous ceux qui les entourent ; ils donnent à ces accusations un semblant de vérité qui est tel qu'ils arrivent à entraîner la conviction chez beaucoup de gens ; ils arrivent ainsi à convaincre jusqu'à des magistrats ; ce sont des fous qui raisonnent, dont les penchants et les sentiments sont plus troublés que l'intelligence ; ce sont les pires des aliénés ; ils ne cherchent qu'à nuire ; ce sont des diables

personnifiés sur la terre. Ces malades, qui vous ont étonnés quand vous les avez vus dans un asile, se livrent chez eux à toutes sortes d'excès, d'excentricités ; on ne peut les maintenir dans un état de propreté ; ils collectionnent des cailloux, des morceaux de terre ; ils vont même jusqu'à collectionner leurs excréments ; il faut vivre avec eux nuit et jour pour se rendre compte de l'étendue de l'altération qui s'est produite dans leurs facultés.

Autant ils sont remarquables dans leurs paroles, autant ils sont désordonnés dans leurs actes, dans leurs sentiments ; tout le monde leur jette la pierre ; mais, je le répète, si on ne les voit qu'une fois dans l'asile, en passant, ils paraissent très sages.

Cet état se rapproche d'un autre état sur lequel j'insisterai.

Au contraire des maniaques ordinaires, ces gens-là peuvent avoir l'apparence de la raison ; ils peuvent quelquefois paraître avoir la raison devant un tribunal s'ils sont interrogés car ce n'est que dans les sentiments et les actes que chez eux se manifeste la folie et non dans l'intelligence ; cependant, souvent, il se produit aussi dans l'intelligence des troubles notables.

Cet état maniaque se produit par certains phénomènes ; il y a un état prodromique : dans la première période de la

 maladie, ces malades se font remarquer par une activité de locomotion vraiment extraordinaire; d'un autre côté, ils ne se font moins remarquer par les ressources de leur esprit, la finesse de leurs aperçus et tous ceux qui les connaissent depuis long temps disent qu'ils ne leur ont jamais vu l'esprit aussi vif. Ces malades sont alors dans l'état prodromique de l'excitation générale. La plupart des malades atteints d'excitation simple passent par les différentes phases de la forme circulaire : en sortant de l'excitation simple, ils tombent dans la mélancolie simple, puis dans les autres formes de la folie. Quand on rencontre un malade qui se trouve dans l'attitude que j'indiquais tout-à-l'heure, qui s'occupe de collections étranges, qui se signale par une loquacité qui ne lui était pas habituelle, ce malade va être affligé des différentes formes de la folie, ce qu'on la folie circulaire ou à double forme. C'est le cas le plus habituel.

Il y a cependant des malades qui peuvent rester dans le cas d'excitation simple sans aller plus loin; mais ces malades sont assez rares.

Il y a deux autres états maniaques qui demanderont de plus longs développements : la manie hystérique et la

manie épileptique. Ces deux névroses n'ont pas de lien ensemble; nos prédécesseurs n'admettaient pas de liens évidents entre ces deux variétés de la folie; ils admettaient la folie comme une complication de ces deux maladies, mais ils n'admettaient pas qu'il y eût des rapports entre les deux maladies. Pour eux, l'hystérie et l'épilepsie, pouvaient être compliquées de toutes les formes de la folie; mais ils n'admettaient pas de caractères propres à ces névroses. Depuis 20 à 30 ans, on a arrêté pour l'hystérie trois variétés d'un trouble mental connu de tout le monde qui n'est pas la folie, qui ne révèle que certaines altérations: ils sont très-fantasques, manifestent des antipathies et des sympathies très-vives; leur caractère est très-variable; tantôt ils pleurent, tantôt ils rient, tantôt ils sont tristes, tantôt ils sont d'une gaîté folle. Ces troubles ne constituent pas un état d'aliénation mentale; c'est le premier degré.

A ces symptômes, il faut joindre des altérations de caractère: ces malades sont disposés au mensonge, ont besoin d'inventer des mensonges contre tout le monde; ils altèrent la vérité même quand il s'agit de leurs parents les plus rapprochés, contre toutes les personnes qu'elles ont en vue. Il n'y a rien de plus dangereux que les hystériques.

344. Il y a des femmes qui persistent à poursuivre leurs maris ou d'autres personnes pour des accusations très-graves; elles les accusent d'avoir voulu les violer avec tant de détails, tant de précision que des magistrats se laissent tromper par elles. Souvent, au dehors, dans le monde, ces femmes passent pour des femmes remarquables et leur conduite dans l'intérieur de leur famille est toute contraire. C'est-là un caractère particulier qui est le premier degré du trouble mental. Puis vient la folie raisonnante des hystériques. C'est-là un cas très-difficile, très-complexe, dont je vous parlerai plus tard.

Aujourd'hui je m'arrêterai à la manie hystérique. Les malades atteints de cette maladie sont souvent enfermés dans les asiles; ils se rapprochent des malades atteints de la manie ordinaire. Ils écrivent, ils chantent, se livrent à des mouvements désordonnés. Ce sont des maniaques, mais il y a des caractères particuliers qui permettent de les distinguer des autres genres, de les reconnaître.

Les hystériques qui ont des crises violentes ont rarement du trouble mental; chez d'autres qui sont enfermés dans les asiles et qui sont atteints de cette manie il y a souvent de l'anesthésie, des crampes, des spasmes, le clou

hystérique, etc, mais rarement l'ensemble des caractères qui constituent la maladie hystérique ; c'est quand elle est à l'état primitif que le trouble mental est plus caractérisé ; elle peut donc passer souvent inaperçue.

Il est bon de connaître quelques caractères qui peuvent mettre sur la voie. Ils sont assez nombreux ; ces maniaques ont plus de lucidité que les autres ; un de ces malades peut suspendre son délire ; une malade qui se trouve dans un désordre complet, se transformera tout-à-coup, si elle a intérêt à le faire ; elle paraîtra très-lucide et on peut croire qu'elle n'est pas aliénée ; il y a conservation de l'intelligence beaucoup plus que dans d'autres manies.

C'est surtout par les penchants, par les passions que se manifeste la maladie. Les personnes qui sont atteintes de cette maladie sont violentes en paroles, disposées à la discussion, à la lutte ; toutes les passions sont surexcitées ; elles cassent, brisent les objets qu'elles ont dans les mains ; pour la moindre contrariété, elles donnent un soufflet. Ces actes sont un des caractères de la manie hystérique ; on en a vu se suicider pour un oui ou un non. Pour déplaire à quelqu'un dans la conversation, elles se livrent, pour un rien, à un état violent ; bref, elles ont le désir de nuire, d'être désagréable ; mais une

346 malade qui vient de se montrer désordonnée peut se montrer tout-à-coup très-raisonnable.

Vous le savez tous, dans l'hystérie il faut faire une part à la maladie, à la simulation et à l'irrésistibilité; il en est de même pour les symptômes de l'ordre mental; le malade peut souvent résister ou lâcher bride à l'irrésistibilité; la volonté n'est pas impuissante dans les phénomènes de l'hystérie. Quand la malade veut prouver qu'elle est malade, elle lâche la bride; quand elle veut prouver le contraire, elle la retient; mais elle fait alors un effort qu'elle paiera; les efforts qu'elle fait pour reprendre des apparences de raison la brisent. C'est ainsi qu'on voit des personnes apparaître devant des magistrats très différentes de ce qu'elles étaient très-peu de temps auparavant et les médecins et les gardiens sont disposés alors à croire à la simulation; mais la personne qui ne fait que passer est disposée à donner raison à l'hystérique, à accueillir ses plaintes contre les personnes qui la soignent et qu'elle accuse. Il y a des actes: elles se livrent à des actes érotiques, obscènes; elles collectionnent des choses malpropres; dans un de ses livres, Trélat dit qu'il a vu des malades collectionner des rognures d'ongles. Ce fait est très-fréquent; on trouve souvent dans le monde des personnes atteintes de cette infirmité.

Un autre caractère de la manie hystérique, c'est un certain nombre d'idées fixes ; elles ont l'imagination désordonnée des maniaques, mais elles ont cependant des idées fixes, persistantes ; elles se croient enceintes, croient avoir un fer dans l'abdomen ; elles croient avoir été demandées en mariage par une personne déterminée ; ces idées durent des mois. Dans l'état ordinaire, les idées sont variables, changeantes, ne durent jamais plusieurs mois.

Mais les idées fixes, chose remarquable, disparaissent du jour au lendemain pour faire place à d'autres ; c'est comme un clou qui en chasse un autre. Cela se rencontre assez souvent.

Indépendamment de cela, il y a des symptômes physiques, de l'anesthésie, des spasmes, des crampes, des symptômes isolés de l'hystérie sans en avoir les grandes manifestations ; des médecins négligent trop souvent les phénomènes physiques pour ne s'occuper que du trouble mental.

La manie hystérique est rémittente. A courts intervalles, on vous amène une malade qui crie, et, quelques jours après, l'état maniaque semble avoir disparu. Les malades ont des idées fixes ; elles se croient enceintes ; elles crient qu'elles sont sur le point de se marier ; mais, en dehors de cela, l'état maniaque a cessé ; quelques ~~les~~ médecins croient alors à une guérison

348. rapide ; il y a des effets de remise qui mettent ces malades en liberté et bientôt l'état maniaque reparaît et ils reviennent. Il faut donc être prudent toutes les fois qu'on a affaire à ces malades ; il ne faut pas regarder la rémission comme une guérison ; c'est souvent à ces moments-là que les maniaques rémittents passent à un état de démence qu'on ne peut guérir.

M. Morel, dans les études cliniques qu'il a publiées à Nancy, a fait des observations très-intéressantes à ce sujet. Il faut pour cette maladie ne pas être trop favorable au pronostic sur lequel on peut être appelé à donner un avis.

Dans la première séance, je vous parlerai de la manie épileptique.

13e Leçon.

26 Décembre 1876.

Messieurs,

Dans la dernière séance, je vous ai parlé de quatre variétés de la manie qu'on appelle : la manie suraiguë, la manie périodique, la manie hystérique et l'excitation (maniaque) simple.

Je vais vous parler aujourd'hui de la manie épileptique. J'insisterai sur cette variété et en même temps sur la manie en général.

L'épilepsie, est une maladie cérébrale qui entraîne (à sa suite) des troubles cérébraux ; c'est le cas le plus fréquent. On a cependant cité des épileptiques qui étaient maniaques

 avant d'être épileptiques.

Les observations qui ont été faites sur la marche de cette manie sont peu développées ; de là, de grandes difficultés au point de vue de la médecine légale. Il n'est pas possible de reconnaître les épileptiques qui sont atteints d'aliénation mentale, car il y a quelques caractères qui sont communs aussi bien aux épileptiques atteints d'aliénation mentale qu'à ceux qui ne sont qu'épileptiques.

Ainsi, chez les uns et les autres, vous remarquez que l'intelligence est altérée, la mémoire affaiblie, variable, suivant les moments ; souvent le souvenir revient au bout d'un certain temps. Le niveau de leur intelligence ne reste pas le même ; il varie aussi suivant les moments où on l'observe ; souvent comme l'a dit Esquirol, il est plus dangereux d'avoir de petites attaques que d'en avoir de grandes ; il faut donc examiner les petites attaques avec le plus grand soin.

Dans les altérations d'un caractère simple, les malades sont lucides, mais ils recherchent la lutte, les discussions ; il n'y a point d'épileptique qui n'ait du goût pour la lutte ; c'est là un caractère sur lequel

tout le monde est d'accord; dans toutes les familles où se trouvent des épileptiques, ce fait a été constaté; c'est un fait constant, général, qui a été observé partout, dans tous les temps; mais de là à l'aliénation mentale il y a loin, quel que soit le degré ou la nature du trouble qui précède ou qui suit l'accès. Dès le 16.e siècle, ce fait a été constaté. L'état des malades, avant et après les attaques, revêt mille formes; on rencontre des malades qui, après l'attaque, bien loin d'éprouver un malaise, de l'agitation, éprouvent un véritable sentiment de bonheur.

Avant l'attaque, les phénomènes sont aussi très variés et ont surtout leur siège dans l'intelligence; il y a des maux de tête, des hallucinations, des troubles de sentiment des difficultés gastralgiques. La scène qui se passe avant la première attaque se reproduit d'une manière exacte à la seconde; ainsi, un épileptique, qui va éprouver un accès, voit se reproduire tous les faits qui ont précédé les attaques qu'il a déjà subies. C'est là un fait, très-intéressant à noter: les troubles intellectuels sont toujours les mêmes et se reproduisent toujours de la même façon.

Après l'attaque, il arrive quelquefois, comme chez les hystériques, qu'il se produit une halte dans le

 délire ; on est alors en présence d'un délire passager ; il n'y a pas d'accès, il n'y a qu'un délire de courte durée ; ce cas est très-fréquent ; le délire passé, les épileptiques reprennent leur vie habituelle, leur manière de vivre ordinaire.

Il se produit donc, chez les épileptiques, avant les attaques, trois phénomènes qu'il importe d'observer : il y a altération du caractère, troubles intellectuels et troubles physiques.

Ce sont ces désordres qu'on a étudiés.

On a dit que ces désordres devaient évidemment se rattacher à l'état épileptique des malades ; mais on a vu des cas où ils devaient être séparés du cas épileptique.

Il faut donc distinguer entre les troubles de différentes espèces qui précèdent les accès épileptiques.

En dehors des désordres que je viens de vous signaler, il y a deux autres manifestations sur lesquelles j'appelle votre attention.

Quand on observe pendant quelque temps le même malade, on constate qu'il est atteint d'étourdissements, de vertige. Le malade perd tout-à-coup connaissance ; les fonctions cérébrales cessent tout à-coup chez lui ; c'est-là

un fait très-important à signaler et qui a été complètement négligé par les auteurs qui ont voulu se placer exclusivement au point de vue de l'épilepsie. Le malade perd connaissance ce qui est un fait essentiellement cérébral. Ainsi, des malades, dans certains cas, perdent la connaissance avant tout accès; la perte de la connaissance n'est donc pas, comme on l'a dit souvent, la conséquence de l'état épileptique, mais se trouve être souvent le fait initial des convulsions.

Le vertige consiste dans la perte momentanée de l'usage des sens; c'est un corps qui marche sans tête; le malade marche, parle et s'arrête tout-à-coup; puis, il reprend la marche commencée, la parole commencée. Ces faits ont été constatés par les auteurs, notamment par M. Calmeil. Il y a plusieurs degrés dans le vertige: le premier degré s'appelle l'absence. Les malades jouent aux cartes ou sont en train de lire, et, tout-à-coup, - cela passe comme un éclair, - ils perdent de vue leurs cartes, leur livre; cette perte de connaissance a duré si peu d'instants que personne autour d'eux ne s'en est aperçu.

Et, ici, en arrivant au vertige, nous avons encore des distinctions à faire sur lesquelles le Dr. Trousseau est le premier à dire qu'il importe d'insister.

357. Le vertige se présente sous deux formes différentes: l'une consiste dans les paroles, l'autre dans les actes.

Les malades, quand ils sont frappés, parlent rarement; s'ils parlent, ils prononcent quelques mots, toujours les mêmes; ils répètent les mêmes phrases. Ce n'est pas là un état épileptique; c'est un état mental troublé, comme il l'est dans certains rêves où les gens prononcent certaines paroles sans en avoir conscience. C'est ce que l'on appelle le vertige délirant, le vertige dans les paroles.

D'autres malades se signalent par l'étrangeté, l'obscénité, de leurs actes. En examinant ces malades, le médecin légal peut arriver à voir s'ils ont agi avec connaissance de cause ou au milieu d'un vertige cérébral.

Eh bien! de même que les autres répètent toujours les mêmes mots, les mêmes phrases, ceux-ci – nous l'avons constaté bien des fois à Bicêtre – répètent toujours les mêmes actes; ce sont des actes qui se répètent comme ceux des somnambules; ils ne varient guère, ils sont peu nombreux et sont peu connus. C'est le vertige dans les actes.

Le vertige peut être accompagné d'actes, de paroles; de plus, il y a des cas de vertiges accompagnés de convulsions automatiques; d'autres ont des convulsions des paupières,

de la face, des lèvres; ils ont des hoquets. Presque tous les malades qui viennent à subir des attaques d'épilepsie passent par cet état préliminaire.

On observe aussi des troubles nerveux, des hallucinations; tous ces faits constituent les prodrômes de l'état épileptique.

Pour étudier l'épilepsie il faut donc étudier le trouble mental qui se produit chez le malade avant et après l'attaque et même pendant la durée de l'état épileptique. On n'a pas tenu assez compte du trouble mental dont les actes extérieurs ne sont que la manifestation.

Arrivons à la manie épileptique proprement dite: elle comprend: le vertige ou _le petit mal_ et _le grand mal_ ou manie avec fureur.

Parlons d'abord _du petit mal_.

C'est un cas qui a été peu observé depuis vingt ans; c'est une maladie de courte durée, qui ne dure que quelques instants; les malades ne sont pas enfermés; ils ne peuvent être observés: les observations cliniques font presque absolument défaut.

Les malades sont d'ordinaire jeunes, ont de 15 à 25 ans; ce sont presque toujours des gens laborieux, n'ayant pas attiré l'attention; par conséquent, pas de symptômes, pas de prodrômes bien étudiés, bien observés.

Que se passe-t-il chez ce jeune homme avant l'attaque ? Il s'est rendu à son travail comme d'habitude, dès le matin ; tout-à-coup, il quitte l'atelier, marche tête baissée, droit devant lui, en proie à une vive préoccupation, à de cruelles angoisses, à une grande terreur ; tout, chez lui, trahit l'état de son esprit ; il a peur, il est inquiet, il craint qu'on ne soit à sa poursuite ; il se croit en butte à des sentiments de vengeance, de haine ; c'est un délire qui pousse à l'action, à des actes violents. Ce jeune homme se trouve poussé par une force supérieure ; il marche droit devant lui et éprouve le besoin de mettre fin aux angoisses qu'il ressent ; il a peur, il se croit poursuivi par des ennemis, il éprouve le besoin de frapper ; il frappe même, parfois, à tort et à travers, sans s'inquiéter du nombre de personnes qu'il a devant lui. C'est-là un point à noter au point de vue de la médecine légale ; ils frappent, ces malades, sans se rendre compte des coups qu'ils portent ; ils frappent à coups de pierres, de toutes manières. Ce sont des faits très-importants à constater au point de vue légal.

Il y a des malades qui épuisent tout de suite leur rage et il se produit ensuite chez eux une sorte de détente ; ils sortent de là comme d'un rêve ; ils apprécient

la gravité des faits qui se sont passés pendant leurs accès et qu'ils se rappellent à merveille. C'est une chose importante à noter : il arrive qu'ils ont oublié quelquefois les faits antérieurs aux accès dont ils se rappellent toutes les phases ; dans d'autres cas, c'est le fait contraire qui se produit. Ce sont des accès de courte durée qui ne durent que peu de temps ; cependant, si on pouvait les examiner, on pourrait reconnaître l'état des malades.

Quand on est appelé à examiner un malade ; il suffit qu'on aperçoive l'ensemble des caractères que je viens de signaler pour qu'on puisse reconnaître l'état de l'individu. D'après ce qui se passe avant l'attaque, on découvre, on connaît la situation du malade. Il faut interroger la famille ; on sait par elle sous quelle forme se produit la maladie, quelle est la nature des attaques convulsives. Il faut donc insister sur le petit mal.

A côté, il y a le grand mal.

Dans la plupart des cas, le mal dure de 8 à 10 jours. L'invasion de l'accès se produit très rapidement, accompagnée d'actes étranges ; il n'y a pas de pires malades que les malades épileptiques à l'état maniaque ; dans la majeure partie des cas, on est obligé de recourir à la camisole de force.

358. Cet état dure souvent jusqu'à dix jours. Souvent, on peut échanger des idées avec eux; on peut leur adresser des questions auxquelles ils répondent; il y a souvent de la lucidité chez les malades atteints de cette forme de l'aliénation mentale qu'on appelle l'épilepsie; la lucidité est même parfois complète, mais, souvent, ils oublient tous les faits qui se sont passés pendant l'accès. Chez le même individu, les caractères sont toujours les mêmes; il ne faut pas oublier cela, mais on est arrivé à une conclusion inattendue.

M. Morel a dit ceci:

"C'est une objection très-intéressante. Quand on trouve cet ensemble de caractères, on peut affirmer que le malade a été fou et qu'il le sera; l'épilepsie peut être méconnue, mais elle peut être, exister à l'état de germe; car l'état mental peut être troublé, avant qu'il se soit mani=festé quelque désordre dans les actes du malade, sous la forme convulsive. Avec les épileptiques, les moindres détails ont une grande importance, surtout au point de vue de la médecine légale."

Je vous dirai aussi un mot de la manie transitoire dont on a abusé; on l'a invoquée pour faire excuser des actes criminels; mais il était bien difficile de faire admettre

un fait aussi invraisemblable.

Dans des cas de cette nature, il faut déterminer si on a affaire à un épileptique, à un criminel ou à un homme affecté d'une autre maladie ; il faut préciser son état et un mot comme celui qui a été employé souvent et qui n'explique rien ne suffit point ; les magistrats ne sauraient s'en contenter.

Il y a sur la maladie transitoire un ouvrage traduit de l'allemand, rempli de faits ; on veut prouver qu'il y a un nombre considérable de faits ayant une période ascendante et descendante qui n'appartiennent pas à la manie épileptique. Cependant, dans ces cas, le mal est précédé de vertige ; il y a des maux de tête, des embarras gastriques, un accès qui se traduit par la confusion des idées, par un besoin irrésistible de circulation. Il y a surtout une chose remarquable, c'est que les malades éprouvent un besoin d'agir auquel ils ne peuvent résister ; il y a, comme en dehors d'eux, une force qui les pousse à l'action.

Ces hommes, s'ils sont appelés devant la justice, seront maîtres d'eux ; ils parleront avec une rare lucidité, et rien dans leurs paroles, dans leurs actes, ne pourra trahir un état mental troublé.

Quoi qu'il soit, c'est-là une manie à courte durée

360. sur laquelle il n'a été fait que fort peu d'observations; l'autre plus persistante, moins inconnue, dont déjà se sont préoccupés plusieurs auteurs, entre autres, MM
nous sommes mieux éclairés. Pour reconnaître ce dernier état, il faut un enchaînement de phénomènes morbides, un état morbide, qu'on peut arriver à établir; il faut un ensemble de faits qu'on peut rassembler et qui ne laisse plus de doute sur le caractère à assigner à la maladie devant laquelle on se trouve.

Il faut que les mêmes faits se soient reproduits plusieurs fois, exactement de la même façon pour que le doute ne soit pas permis. La maladie se compose d'un ensemble de faits dont il faut se faire un tableau complet; ce travail présente des difficultés, les malades n'étant presque jamais, au moment des accès, sous les yeux de ceux qui pourraient les observer avec fruit; je vous l'ai dit, cette maladie épileptique, par suite des circonstances au milieu desquelles elle se produit, est une des variétés, des formes, de l'aliénation mentale, qui a été le moins étudiée.

14e Leçon.

6 Janvier 1877.

Messieurs,

J'ai à vous parler aujourd'hui de la folie raisonnante. Après avoir passé en revue les diverses variétés de l'aliénation générale avec excitation, c'est-à-dire ~~de la~~ des variétés de la manie, il me restera à vous parler dans l'autre portion de ce cours des diverses variétés de l'aliénation partielle. Mais entre ces deux grandes espèces d'aliénation générale et d'aliénation partielle, il importe de fixer son attention sur un état intermédiaire, un état qui est encore mal délimité dans la situation actuelle de la science, qui est difficile à préciser d'une manière exacte et qui néanmoins mérite d'être

 étudié, surtout au point de vue des questions adminis-
-tratives, légales et sociales.

Comme je vous l'ai déjà dit plusieurs fois, il y a deux côtés dans l'étude de l'aliénation mentale; il y a le côté nosologique et scientifique et il y a le côté pratique. L'aliéné, envisagé en général, n'existe pas au point de vue scientifique et au point de vue nosologique; il y a des espèces d'aliénation mentale, mais il n'y a pas un aliéné étudié en général, comme l'étudiaient nos prédécesseurs; mais au point de vue social cette conception de l'aliéné envisagé en général doit être conservée; car au point de vue de la loi, comme au point de vue de la séquestration, la seule question qui est posée au médecin est toujours celle-ci: "Tel individu est-il aliéné, ou n'est-il pas aliéné?" Il est donc nécessaire au point de vue de l'application médico-légale de conserver cette notion vague et générale de l'aliéné.

Or, parmi ces aliénés il en est une catégorie qui frappe surtout le public et qui présente les plus grandes difficultés au point de vue légal, soit lorsqu'il s'agit d'un crime, d'un délit, soit lorsqu'il s'agit de questions civiles ou de la question de la séquestration;

ce sont les cas de folie dite raisonnante; ce sont ces cas qui prêtent le plus aux contestations et qui offrent le plus de difficultés pour le médecin aussi bien que pour le magistrat. Cette conception de la folie raisonnante est une conception qui ne restera pas dans la Science; c'est une définition provisoire, de fait, et qui s'applique à des états très-différents; ce n'est pas une forme particulière; c'est un état et un état qui est plutôt caractérisé psychologiquement que cliniquement. Il repose psychologiquement sur cette donnée générale que certains malades présentent des altérations de sentiment, des penchants, des instincts, des actes, sans présenter en même temps une égale altération dans les facultés intellectuelles; c'est le contraste qui existe entre l'altération légère des facultés intellectuelles et l'altération très-profonde des autres facultés sentimentales ou instinctives, qui sert de base à cette classi=fication toute provisoire et temporaire.

Pinel est le premier qui ait cherché à limiter la folie raisonnante sous le nom de manie sans délire. Pour Pinel, la conception de la manie sans délire repose sur la même donnée que je viens de vous indiquer, c'est-à-dire sur l'altération prédominante des sentiments, des penchants, des instincts et des actes. Il n'a cité que trois exemples de

 manie sans délire, qui appartient à des états très-différents, mais qui ont tous les trois un caractère commun, qui est que les malades se faisaient remarquer par une grande altération des sentiments et des actes, en même temps qu'ils conservaient toutes les apparences de la raison. Ce sont des malades qui raisonnent bien, mais qui agissent mal. Ils sont tout-à-fait déraisonnables dans leurs actes, contraires aux lois ordinaires de l'état normal, et dans leurs paroles ils trouvent moyen de justifier en quelque sorte leurs actes les plus déraisonnables et les plus dépravés; ce sont des malades qui agissent mal et qui parlent bien. Voilà comment Pinel comprend la manie sans délire.

Esquirol a suivi la même voie au point de vue psychologique de la définition, mais il agit différemment au point de vue physique. Pour Pinel, la manie sans délire est devenue la monomanie raisonnante; Esquirol a fait passer ce même état de la manie dans la monomanie. Pour Esquirol, c'est une altération des sentiments et des penchants sans altération de l'intelligence, ou bien une altération de la volonté sans altération des facultés intellectuelles; c'est une aliénation partielle, ne portant que

sur un certain ordre de facultés, sur les facultés de la volonté ou du sentiment, au lieu de porter sur les facultés intellectuelles.

Les contemporains et les élèves d'Esquirol ont suivi la même voie. Georget, Marc, tous les auteurs qui ont écrit sur la folie depuis le commencement du siècle ont classé les états de folie raisonnante parmi les monomanies; ils ont adopté le classement et la définition d'Esquirol, c'est-à-dire qu'ils les ont classés parmi les faits de délire partiel.

Vous voyez donc, rien que par cet historique abrégé, que la position de cet état dans la classification est extrêmement flottante, puisque les uns le placent dans la manie, les autres dans les diverses formes de l'aliénation mentale. C'est ce qui m'engage à traiter de cet état entre les deux grandes formes des maladies mentales, entre l'aliénation partielle et l'aliénation générale. En Angleterre cet état est étudié d'une façon toute spéciale par Pritchard sous le nom de folie morale; c'est le même état avec des noms différents. Dans son traité de la folie il a cité un assez grand nombre d'exemples de folie morale, c'est-à-dire de folie dans laquelle il y a altération du sentiment, des penchants, des instincts et des actes avec conservation de l'intelligence. C'est toujours la même donnée,

 la même conception qui sert de base à ces définitions. X

En Allemagne la même idée a été propagée par la plupart des auteurs du commencement du siècle et beaucoup d'auteurs du commencement du siècle ont admis également la folie raisonnante ou morale, basée sur les mêmes caractères que les auteurs français et anglais. C'est surtout à partir de 1852 que Henke, le fondateur d'un journal de médecine légale, a protesté contre l'existence de la folie raisonnante et morale. Il a cherché à démontrer qu'elle n'existait pas, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de folie portant exclusivement sur certaines facultés et certains sentiments et ne frappant pas l'intelligence; que dans toute folie dite morale il y avait en même temps altération des facultés intellectuelles. Car tous les auteurs sont d'accord sur les effets, ils varient seulement sur l'interprétation donnée à la cause. Depuis l'époque de Henke la plupart des auteurs allemands ont suivi la même voie; il y a eu beaucoup de travaux pour démontrer que la manie sans délire n'existait pas sans altération de l'intelligence; que chez ces malades il y avait en même temps altération des penchants et des sentiments et altération des facultés intellectuelles.

Griesinger, dans son traité complet des

maladies mentales, a même été jusqu'au point d'imprimer cette phrase, que la création de la manie sans délire par Pinel avait été un malheur pour la science. C'était protester de la façon la plus énergique contre cette délimitation qui sert de base à la folie raisonnante.

En France, mon père, dans sa thèse de 1819, a également protesté; il a publié à cette époque dans sa thèse une réfutation de l'opinion de Pinel et des trois observations citées par lui. Il a cherché à montrer que ces trois observations contenaient, quoique très-courtes évidemment, l'indication de quelques lésions intellectuelles; que, par conséquent, il y avait non-seulement altération des penchants et des sentiments, mais encore altération de l'intelligence. Depuis lors et pendant toute son existence mon père a défendu la même opinion, combattant l'existence de la monomanie, c'est-à-dire d'une folie limitée à un seul ordre d'idées ou de facultés. Pour lui, les facultés sont solidaires, se tiennent, et lorsqu'un ordre de facultés est atteint, les autres le sont plus ou moins, non pas au même degré, mais à des degrés divers.

Vous voyez donc que la conception de la folie raisonnante est très-discutée selon les auteurs; néanmoins on est d'accord sur les faits. Il y a un certain nombre de malades

368. qui appartiennent soit à la folie partielle, soit à la folie générale, mais qu'on est convenu d'appeler fous raisonnants ou sans délire. C'est sur ces malades que je vais insister aujourd'hui.

Lorsqu'on entre dans un asile d'aliénés et qu'on cherche à trouver des exemples de folie raisonnante, on éprouve d'abord quelque difficulté. On rencontre très-peu de malades qui présentent ces caractères d'une grande altération des sentiments et des penchants sans altération de l'intelligence; ces malades sont, en effet, peu nombreux; ils sont plutôt en liberté dans le monde et dans la famille. Lorsqu'on en rencontre dans les asiles, la plupart des malades de cette catégorie appartiennent à diverses formes des maladies mentales; les principaux appartiennent à la forme circulaire ou à double forme; c'est parmi ces malades, pendant la période d'excitation, qu'on trouve le plus d'exemples de folie raisonnante. Par conséquent, ces malades ne constituent pas une espèce distincte. Lorsque je vous parlerai de la folie circulaire, j'aurai soin d'insister sur les caractères spéciaux de cette période d'excitation, qui est plutôt une excitation générale de toutes les facultés, qui se manifeste plutôt par des désordres des sentiments et des penchants que par le trouble

de l'intelligence. Et, en effet, ce sont-là les véritables types que l'on rencontre dans les asiles d'aliénés. Or, à première vue, lorsqu'on vous parle d'un malade atteint de folie lucide, vous devez être toujours sur vos gardes et vous demander si vous n'avez pas affaire à un malade atteint de folie circulaire, et alors même que vous ne pourriez pas distinguer la chose im=médiatement, par un diagnostic direct, l'avenir de la maladie, son évolution vous facilitera les moyens de diagnostic, car après une période plus ou moins longue de cette excitation, le même malade que vous avez vu actif, remuant, intelligent, plein d'esprit, tombera peu à peu dans un état inverse, dans la torpeur, dans la somnolence; il reste dans un état de mélancolie profonde et il présentera ainsi successivement les deux formes principales de la folie circulaire, c'est-à-dire, d'une part, excitation et ensuite dépression, et plus tard si vous êtes appelé à l'observer pendant long temps, vous verrez reparaître ultérieurement une nouvelle forme d'excitation absolument semblable à la première; c'est un cercle complet d'états d'excitation et de mélancolie se succédant, et séparés par un intervalle plus ou moins prolongé d'état lucide; c'est ce qui constitue essen=tiellement la folie circulaire ou à double forme.

Eh bien, ce sont les malades qui le plus souvent

 restent en dehors des asiles, dans le monde, dans la famille, à qui l'on donne le nom de fous raisonnants. Lorsqu'on cherche dans les auteurs des exemples de folie raisonnante, on en trouve plusieurs qui, au lieu d'appartenir à cette forme spéciale, appartiennent réellement à la forme circulaire. C'est ce qu'on voit, par exemple, dans plusieurs rapports de médecine légale qui ont été publiés dans divers recueils par différents auteurs.

Indépendamment de cet état qui est le plus fréquent, il y en a d'autres qui appartiennent également à d'autres formes de maladies.

Au début de la paralysie générale il y a une première période qui consiste dans une simple excitation de toutes les facultés. Il y a des malades qui deviennent plus tard de véritables paralytiques, qui commencent par présenter tous les caractères de la simple excitation maniaque. Ils sont toujours en mouvement; souvent même ils suivent leurs idées avec assez de persistance, au point de pouvoir faire leur fortune pendant cette période d'excitation pro=dromique; si bien qu'au milieu d'excès de tout genre, de veilles, d'insomnie, d'une activité exubérante, ils trouvent moyen de faire des spéculations heureuses, d'exécuter dans

leur commerce des améliorations, des découvertes, en un mot des actes qui les conduisent quelquefois à la fortune, quand ils ne les conduisent pas à la ruine. Dans ces périodes pro=
=drômiques de certaines paralysies générales on a affaire à une sorte de folie lucide; on a des malades qui sont très-malades au point de vue des instincts, des sentiments et des actes, et qui conservent toutes les apparences de l'intelligence.

Aussi en est-il d'autres malades qui sont atteints des formes de folie hystérique. Il y a des femmes qui sont arrivées à la manie hystérique lucide, à un état de manie raisonnante, c'est-à-dire qu'elles sont très-désordonnées dans leurs actes, impossibles à vivre dans leur ménage et présentant pour un observateur attentif de véritables folles raisonnantes et qui ont malgré cela toutes les apparences de la raison. Lorsqu'elles se produisent dans la société, elles passent pour très-remarquables, intelligentes, aimables, et dans leur intérieur elles sont insupportables, intolé=
=rables; elles sont pour leurs maris et leurs enfants une cause continuelle de trouble et de désordre; il y a en un mot un contraste énorme entre leur manière d'être dans la vie privée et leur manière d'être dans le monde. Ces femmes atteintes de folie raisonnante hystérique appartiennent également à une des variétés de la folie raisonnante.

 Vous voyez, par ce court exposé, que la folie raisonnante est un état mal délimité et qu'il peut appartenir à des formes très-différentes des maladies mentales. Il faut donc pour traiter de la folie raisonnante spécialement, éliminer d'abord tous ces cas de folie raisonnante fausse, qui ne sont pas exquisites, comme on dit. C'est par cette élimination des cas analogues, mais cependant différents, qu'on peut arriver à une définition exacte de la folie raisonnante, c'est-à-dire des cas qui méritent seuls ce nom.

Or, la folie raisonnante ainsi délimitée est une folie essentiellement héréditaire, constitutionnelle, qui tient à la nature même de l'individu et qui naît en quelque sorte avec lui. Le malade appartient ordinairement à une famille d'aliénés; il a parmi ses ascendants des hystériques, des hypocondriaques, des épileptiques, des névropathiques ou même des aliénés. Il y a un ensemble de faits qu'il faut étudier chez les ascendants afin de bien connaître le malade lui-même. M. Morel, de Rouen, surtout a insisté là-dessus; et il a depuis été confirmé par tous les autres auteurs. M. Campagne a également insisté sur le caractère héréditaire de cette forme de la folie

Pour bien étudier la folie raisonnante, il faut

donc commencer à l'étudier dès l'enfance. Les enfants qui sont prédisposés à la folie et sur lesquels j'ai déjà insisté en vous parlant de la marche de la folie, présentent dès leur jeune âge des particularités qui permettent déjà de prévoir que plus tard ils seront atteints soit de maladies mentales, soit de folie raisonnante. Ces individus ont ordinairement des facultés inégales dans leur développement; ils présentent de grandes lacunes; ils ont certaines facultés développées d'une façon exceptionnellement précoce sous certains rapports, retardataire sous d'autres. Il y a un contraste énorme entre l'intelligence qui est assez développée et les instincts et les penchants qui sont très-souvent vicieux, pervers et tout-à-fait inférieurs; il y a de grandes inégalités entre les diverses facultés chez ces enfants prédisposés à la folie. Ces inégalités sont tellement grandes qu'elles rendent l'éducation de ces enfants presque impossible. On ne sait qu'en faire; on commence à les élever dans la famille; mais les parents sont obligés de les abandonner, de les placer dans des maisons de correction. Dans la vie commune ils sont aussi difficiles que dans la vie particulière; on les renvoie des pensions; ils ne peuvent pas s'harmoniser avec les autres élèves et avec les professeurs; ils sont exceptionnels, excentriques, ils ne peuvent pas être

 soumis à la règle commune; il y a dans leur première éducation des difficultés extrêmement grandes et qui existent presque toujours chez ces enfants prédisposés à la folie.

Un fait très-important à noter, c'est que la plupart de ces enfants, à l'âge de la puberté, présentent ordinairement des phénomènes physiques et des troubles mentals; à l'âge de 11, 12 ou 13 ans ils sont pris de délire spécial, accompagné de beaucoup de phénomènes physiques. La plupart de ces malades qui sont ainsi pris de délire ont en même temps des phénomènes choréiformes, des mouvements involontaires, du strabisme, indiquant un trouble cérébral au point de vue physique comme au point de vue mental. Ce délire a des caractères particuliers qui mériteraient d'être étudiés avec plus de soin; cependant il y a déjà plusieurs thèses sur le délire avant l'époque de la puberté et à l'époque de la puberté et presque tous les auteurs ont noté cette coïncidence des troubles mentals avec des phénomènes physiques très-nombreux; la plupart de ces malades ont des convulsions, des tics nerveux de la face, en même temps que des troubles de l'intelligence; et le trouble de l'intelligence lui-même a quelques caractères spéciaux. Ainsi ils se rapprochent de l'état maniaque

en ce sens qu'ils sont toujours en mouvement, qu'ils ont toujours besoin de parler, qu'ils sont même doués d'une grande loquacité ; cependant ils sont beaucoup moins violents que dans l'état maniaque proprement dit ; ce sont des enfants qui vont et viennent, qui vagabondent, qui se déshabillent, qui se mettent tout nus, qui ont besoin de se déplacer, qui s'égarent dans la campagne, qui se livrent à des actes très-désordonnés et qui cependant ne sont pas aussi troublés que les véritables maniaques. Ces enfants ont en général l'intelligence peu développée et leur délire roule sur un petit nombre d'idées ; ces idées sont mobiles, mais pendant un certain temps la même idée reparaît pour être plus tard remplacée par une autre.

Il y a une forme de délire qui mériterait d'être étudiée ; ce délire est surtout remarquable par le grand nombre des hallucinations ; les hallucinations prédominent, non-seulement de l'ouïe, mais surtout de la vue. La plupart de ces enfants ont des visions ; ils voient des fantômes, ou bien leur délire prend la forme mystique ; ils voient les anges, la Sainte Vierge, le bon Dieu ; ils sont préoccupés d'idées mystiques, d'une façon tout-à-fait mobile, mais principalement dans le domaine des sens de la vue. Cet

 état maniaque dure ordinairement assez longtemps, quelquefois plusieurs mois.

Après cette période d'excitation cérébrale, d'état maniaque, ils arrivent à un état demi-raisonnable ; et c'est alors que leur existence peut prendre une double voie ; il y a une sorte de bifurcation à ce moment de leur vie, c'est-à-dire vers l'âge de la puberté, ou après, au moment où se fait le développement physique, non-seulement de la taille, mais des organes génitaux. A ce moment ces enfants qui ont eu une période de délire, arrivent à une double voie. Les uns s'affaiblissent intellectuellement ; leur intelligence diminue ; ils perdent quelquefois les facultés exceptionnelles qu'ils pouvaient avoir, comme par exemple, celle de calculer, leur mémoire spéciale et d'autres facultés qu'ils avaient présentées dans leur enfance ; ils deviennent des demi-idiots, des demi-imbéciles ; il survient chez ces enfants une sorte de démence précoce qui succède à la période d'excitation maniaque ; c'est-là, en d'autres termes, la terminaison du délire infantile.

Mais il y en a d'autres, au contraire, qui au lieu de passer à l'imbécillité ou à l'idiotisme, passent à la folie raisonnante, c'est-à-dire qui reviennent à eux-mêmes ;

ils paraissent avoir recouvré leurs facultés anciennes, repris leurs habitudes; mais peu à peu leurs parents, qui les croient guéris, ne tardent pas à s'apercevoir qu'un délire d'action a succédé au délire de parole. Ces jeunes gens deviennent impossibles dans la famille; ils sont, après cette crise de délire aigu, bien plus intolérables qu'ils ne l'étaient auparavant. Auparavant ils s'étaient fait renvoyer de leur pension; on n'avait pas pu les soumettre à l'éducation; mais à partir de ce moment, ils deviennent impossibles dans la famille et on est obligé de s'en séparer. Certains parents sont obligés de les faire conduire dans des maisons de correction, d'autres soit vers l'armée ou vers la marine, en un mot dans une carrière où l'on espère que la discipline extérieure pourra modifier leurs mauvaises tendances. Quelquefois ces jeunes gens s'engagent d'eux-mêmes dans l'armée ou dans la marine; mais à peine arrivés dans cette nouvelle situation ils manifestent de telles dispositions à l'indiscipline et à la révolte, qu'ils deviennent impossibles dans leurs régiments, où ils sont exposés à être un jour condamnés par les conseils de guerre, et on les envoie en prison aussi bien dans la vie militaire que dans la vie de famille.

A partir de ce moment, ces individus exceptionnels

 dont je viens de vous décrire les premières périodes, passent ensuite par une série de péripéties, d'aventures; c'est une odyssée extraordinaire mais qui constitue toute leur vie. Il y a dans la science des observations extrêmement curieuses d'individus dont l'existence a été aussi mouvementée que possible; ils ont parcouru successivement toutes les professions. Après s'être engagés dans l'armée, s'être fait chasser, emprisonner, quand ils ne se sont pas fait frapper de la condamnation capitale, ils ont fait de longs voyages, ils se sont livrés à toutes les professions; après s'être consacrés à une profession pendant un certain temps, ils ont été obligés de l'abandonner et ils se sont livrés à tous les excès. Ils sont passés de la vie militaire à la vie de couvent, à l'existence monacale; ils ont revêtu en quelque sorte tous les habits; ils sont entrés dans toutes les carrières imaginables sans pouvoir séjourner dans aucune; c'est une existence des plus accidentées et des plus bizarres que celle de ces individus destinés à être atteints de folie raisonnante. Toutes les observations consignées dans les auteurs témoignent de ce fait, que ces individus, avant d'arriver à l'asile, avant d'être caractérisés comme de véritables aliénés, ont passé par

les séries et les professions les plus différentes. Après ces péripéties qui sont constantes, ces malades finissent par se livrer à de tels excès, ils ont parfois une manière d'agir si différente de celle des autres hommes, ils se présentent sous des formes si diverses, que malgré leur apparence de raison et leur lucidité, la manière dont ils parlent, leurs actes sont tellement désordonnés qu'on finit cependant peu à peu par les considérer comme des aliénés; on s'aperçoit que ces malades ne ressemblent à personne qu'à eux-mêmes, qu'ils sont en dehors des lois générales de l'humanité. Sous le rapport du caractère et des actes ils ont des anomalies telles qu'on ne peut pas les considérer comme des hommes à l'état normal. On les a étudiés jusqu'à présent uniquement par le côté du caractère et des actes; c'est certainement un côté très-important; c'est la base même de l'étude psychique; mais à côté de cette étude purement psychologique et qui est insuffisante, parce qu'en somme il est difficile de distinguer ces individus d'autres qui ont des caractères également étranges, il faut faire l'étude du côté physique.

Or, lorsqu'on étudie ces individus au point de vue physique, on découvre presque toujours chez eux une foule d'anomalies de constitution et d'accidents cérébraux. Les

 anomalies de constitution ont été très-bien étudiées par M. Morel. Il a indiqué dans plusieurs de ces mémoires des caractères qui permettent de juger physiquement ces individus. En général, la forme de leur tête est différente de celle de l'état normal; ils ont des têtes petites, allongées, difformes. Non-seulement la tête présente certains caractères qui la rapprochent de celle des imbéciles, mais il y a des phénomènes extérieurs constants, des déformations dans les oreilles, du strabisme, des tics nerveux de la face, des déviations, des paralysies incomplètes d'un côté de la face, des phénomènes d'hémiplégie partielle soit de la sensibilité, soit du mou=:vement. M. Morel a insisté avec grande raison sur ce fait que la plupart des malades atteints de folie héréditaire, c'est-à-dire raisonnante, car au fond ces deux formes sont les mêmes, présentent souvent des déformations organiques; ils ont des anomalies dans l'organisation, des becs-de-lièvre, des pieds-bots, etc. Il y a ~~en même temps~~ chez eux, en même temps qu'un trouble mental, des phénomènes physiques coïn=:cidant avec ce trouble mental, qui ajoutent au tableau de la maladie. Il y a surtout un fait sur lequel on n'a pas assez insisté, c'est l'altération des organes génitaux ou de leurs fonctions. La plupart de ces malades ont des anomalies

organiques ou fonctionnelles des organes génitaux ; il y a des déformations diverses chez l'homme et chez la femme ; mais dans d'autres circonstances où les organes semblent conformés régulièrement, il y a des altérations fonctionnelles, et c'est chez ces malades qu'on découvre le plus grand nombre des anomalies fonctionnelles ; dans les traités de l'impuissance on signale des faits étranges ; c'est presque toujours chez ces individus prédisposés intellectuellement à des folies raisonnantes qu'on observe en même temps ces anomalies des organes génitaux. Ces phénomènes physiques sont très-importants à constater, parce qu'il ne suffit pas de découvrir des altérations dans les facultés morales, si on peut en même temps observer des phénomènes physiques concomitants, on a une double preuve de l'état maladif ; et ceci est tellement vrai, que lorsqu'on observe bien ces aliénés raisonnants qui paraissent des hommes spirituels, capables, intelligents, on s'aperçoit qu'au fond ils ont de telles débilités intellectuelles, que, même au point de vue psychologique, ils se rapprochent plus des imbéciles que des autres hommes. Il y a là non-seulement la marque physique des imbéciles, mais même dans le domaine de l'intelligence des altérations analogues, c'est-à-dire qu'à côté de facultés supérieures il y a de telles lacunes que ces individus sont des demi-imbéciles malgré tout leur talent

. et tout leur esprit.

Ce rapport qui existe entre les imbéciles et les fous raisonnants peut se poursuivre dans toutes les directions; il peut se poursuivre dans le domaine de l'intelligence et du caractère. Il y a chez ces fous raisonnants en général une absence complète de sens moral; ils sont cyniques, ils se livrent à des actes honteux, violents sans éprouver ni remords, ni honte; il y a donc chez eux de très-grandes lacunes qui ne sont pas toujours les mêmes chez tous; les uns sont d'une vanité exubérante, les autres d'un égoïsme qui dépasse toutes les limites; ils sont au point de vue des sentiments de bienveillance et d'abnégation tout-à-fait dépravés; ce sont des êtres qui manquent complètement du côté moral de l'humanité; ils ont sous ce rapport des lacunes immenses.

Il en est de même de l'intelligence. Ils sont doués de certaines facultés assez remarquables, comme par exemple d'une grande facilité d'élocution, et c'est ce qui trompe dans les cas soumis à la justice; ils parlent avec toutes les apparences d'une intelligence supérieure, ils excellent dans certaines facultés, comme la mémoire, etc, et on s'aperçoit, lorsqu'on veut leur faire produire quelque chose, qu'ils sont inféconds au point de vue intellectuel et physique, car il

en est de même au point de vue génital. Leur infécondité morale est complète et ce qui le prouve, c'est la manière dont ils dirigent leur vie.

Ces individus, qui jouissent de facultés éminentes, qui ont une facilité d'élocution très-grande, beaucoup de mémoire, ne peuvent arriver à rien ; ils ne peuvent réussir dans aucune profession ; le succès leur fait défaut même dans les choses les plus simples auxquelles le commun des hommes parvient toujours avec un peu de persévérance et de bonne volonté ; ils ne peuvent rien créer, rien fonder ; ils ne peuvent faire aucune découverte ; ils ne peuvent rien établir de sérieux et de durable ; ce sont des individus qui s'agitent, qui se remuent dans l'existence, et qui n'obtiennent jamais aucun résultat ; c'est pourquoi ils arrivent presque toujours à être des déclassés, car ils ne peuvent obtenir aucune situation dans le monde, ni remplir aucune profession ; ils restent des êtres complètement inutiles dans la société. C'est là le résultat de ces lacunes énormes qui existent dans leurs facultés ; ils possèdent certaines facultés éminentes, mais d'autres facultés sont tellement faibles qu'il n'y a aucune pondération entre elles et qu'ils ne peuvent arriver à aucun résultat définitif.

38 Cette étude mériterait d'être poussée plus loin et d'être démontrée par l'observation des cas particuliers; mais ces observations sont très-rares; il est difficile d'en trouver d'abord dans les asiles d'aliénés; il y en a très-peu dans le monde; ils sont confondus avec des hommes bizarres, excentriques, et ne peuvent pas être étudiés facilement. Il y a de plus une difficulté qui tient à la nature même des choses, c'est qu'il faudrait les suivre pendant toute leur existence, depuis leur enfance jusqu'à leur mort pour avoir une idée exacte de cet état maladif tant au point de vue mental qu'au point de vue physique.

Or, quand par hasard on est arrivé à ce résultat, on a découvert un fait qui n'est pas encore admis par tout le monde, c'est que ces individus qui ont des altérations nombreuses des sentiments, des penchants, de l'intelligence, ont presque toujours des accidents physiques, des crises cérébrales; ces hommes qui paraissent jouir d'une santé ordinaire, ont de temps en temps de véritables crises d'accidents cérébraux; ils ont presque toujours des convulsions, des pertes de connaissance, des vertiges, des fièvres cérébrales, des méningites, des congestions cérébrales qui durent un certain temps; et ce temps passé, ils reviennent à leur état normal,

ils reprennent le cours habituel de leur existence. Or, lorsqu'on observe ces individus pendant leur vie, on découvre presque constamment qu'ils ont eu pendant leur vie plusieurs de ces crises cérébrales; de sorte que le cerveau est atteint non-seulement au point de vue des facultés morales, mais encore des facultés physiques et c'est ce qui rapproche cette forme raisonnante des formes de l'imbécillité et de l'idiotisme, c'est-à-dire des cas où l'altération physique est plus facile à démontrer; de sorte qu'au lieu de placer ces fous raisonnants, comme l'a fait Esquirol, au bas de l'échelle de l'état de raison, il faut les placer, au contraire, beaucoup plus bas dans l'échelle intellectuelle et morale; il faut les rapprocher des imbéciles et des idiots beaucoup plus que des malades atteints de folie par=tielle ou de folie générale.

La folie raisonnante ainsi étudiée et délimitée doit donc être déplacée dans le cadre des maladies mentales; non-seulement au lieu d'être mise en tête, elle doit être mis en bas, et ce qui prouve encore, en plus de toutes les raisons que je viens d'énumérer, la justesse de cette observation, c'est ce grand fait de l'hérédité descendante sur lequel M. Morel a également insisté; c'est que les enfants de ces aliénés raisonnants, lorsqu'ils en ont, sont presque tous atteints d'idiotisme, d'épilepsie ou de

débilité intellectuelle ; ils ont ordinairement des formes intellectuelles plus abaissées encore que leurs parents ; les parents paraissaient des êtres intelligents, étonnaient même par le développement de certaines facultés et ils ont des enfants idiots, ou qui meurent en bas âge atteints de convulsions, ou qui à l'âge de puberté tombent dans l'idiotisme.

Il y a donc un rapprochement étroit à établir entre la folie raisonnante et les états de dégénérescence. Les fous raisonnants ont tous des accidents physiques, des dé=formations organiques, des altérations de la tête ou des organes des diverses parties du corps, ils ont en même temps des lacunes intellectuelles, et enfin ils donnent naissance à des imbéciles. Ils ont de plus des accidents cérébraux et ils meurent d'un état cérébral aigu. Ainsi donc quant à ces malades qui au premier abord semblent se rapprocher de l'état normal, qui paraissent des hommes raisonnables, qu'on ne dirait pas malades, lorsqu'on les a étudiés attentivement et pendant longtemps, on constate au contraire chez eux des phénomènes morbides bien plus caractérisés que chez les la plupart des autres aliénés, et si on pouvait faire leur autopsie, il est infiniment probable qu'on découvrirait plus de lésions anatomiques dans le cerveau qu'on n'en découvre

chez les aliénés, surtout si cette observation était faite après une longue existence. Cette étude n'a encore été faite que d'une façon très-incomplète, mais lorsqu'elle le sera d'une façon suffisante, on découvrira dans le cerveau des lésions plus caractérisées que chez des mélancoliques ou des maniaques.

La folie raisonnante ainsi étudiée rentre donc tout-à-fait dans le domaine de la clinique; au lieu d'être abandonnée au hasard des discussions des magistrats et des avocats, elle devient un fait clinique qu'on peut étudier par les mêmes procédés qu'on peut appliquer à toutes les autres maladies. Qu'a-t-on fait jusqu'à présent ? On a cherché à baser le diagnostic sur certains criteriums absolus, toujours les mêmes. Un caractère de ces criteriums, c'est, dit-on, la perte du libre arbitre. C'est répondre à la question par la question; car quel est le moyen de constater si un individu a perdu ou non le libre arbitre ? C'est donc répondre à la question par la question, ce n'est pas résoudre la difficulté. Ce criterium n'a donc pas de valeur diagnostique.

Un autre criterium est celui qui repose sur la conscience de son état. Les aliénés, dit-on, n'ont pas conscience de leur état tandis que les hommes à l'état normal ont cette conscience. Ceci n'est pas exact. De tout temps on a dit: "Connais toi

388. soi-même". La chose la plus difficile pour l'homme, c'est de se connaître lui-même; * par conséquent, même à l'état normal les hommes n'ont guère conscience de leurs facultés et de ce qu'ils sont par rapport à d'autres. Mais de plus il y a un fait clinique mieux étudié, c'est qu'il y a des aliénés qui ont conservé la conscience de leur état, c'est-à-dire qu'ils savent qu'ils sont malades; ce sont des hypocondriaques au moral; ils exagèrent même leur mal; ils sentent qu'ils n'ont plus de cœur, de sentiments, d'émotions, d'intelligence et ils s'en accusent. Non-seulement ils ont conscience de cet état de maladie, mais ils l'exagèrent; ils disent qu'ils sont incurables, qu'ils sont perdus. Donc la conscience de son état n'est pas un caractère suffisant pour distinguer la raison de la folie.

Il en est de même de la comparaison de l'individu avec lui-même; pour juger un aliéné il faut voir ce qu'il est et ce qu'il a été. Il est un autre homme qu'il n'était autrefois. C'est souvent un moyen de jugement très-utile, un diagnostic précieux, une condition habituelle de l'observation de comparer l'individu à lui-même, mais ce caractère ne s'applique plus aux fous raisonnants, car ces fous raisonnants, au contraire, quand ils deviennent malades, ne sont que l'exagération de

ce qu'ils étaient à l'état sain. C'est une maladie constitu:
:tionnelle qui existe et qui présente des caractères continus
et il est impossible de poser une ligne de démarcation entre
l'état de santé et celui de maladie mentale; on ne peut pas
déterminer le moment où a cessé la raison et celui où a
commencé la folie; de sorte que la comparaison de l'individu
à lui-même n'est pas applicable aux cas de folie raisonnante.
Vous voyez combien ce diagnostic est difficile surtout dans
l'état actuel de nos connaissances; et on comprend que devant
les tribunaux, les magistrats, les avocats, les médecins eux-
mêmes soient très-embarrassés pour affirmer et démontrer
l'existence de folie chez ces individus atteints de folie raisonnante.
Mais cette démonstration sera beaucoup plus facile lorsqu'on
cherchera à faire l'observation physique parallèlement avec
l'observation du moral. Or, par l'ensemble des faits que je viens
de signaler, on peut comprendre qu'on peut arriver à des résultats
plus pratiques que ceux acquis jusqu'à présent; on peut arriver
à savoir l'état de leurs ascendants, ce qu'ils étaient pendant
leur enfance, pendant leur jeune âge, à l'époque de la puberté,
en se faisant raconter les divers faits de leur vie, la manière
dont ils ont dirigé, gouverné leur propre existence, et arriver
ainsi à un ensemble de caractères qui joints aux phénomènes

physiques permettent un diagnostic vraiment scientifique.

Après cette étude attentive, le médecin arrive à se convaincre qu'il a affaire à un aliéné et il peut attester par un certificat l'existence de la folie.

Mais au bout de très-peu de temps après son entrée à l'asile, le malade se montre si raisonnable qu'on commence à douter de sa folie; les parents font des réclamations, écrivent des lettres nombreuses, et ils arrivent souvent qu'ils finissent par obtenir sa mise en liberté. Le médecin de l'asile lui-même, qui a bien plus d'éléments pour juger son état, renonce à lutter contre cette coalition générale et laisse sortir le malade. Une fois sorti, il recommence les mêmes excès, il vagabonde comme auparavant et finit par arriver non-seulement à l'asile, mais à la prison; ces individus sont ainsi ballotés entre les asiles d'aliénés, les maisons de correction et la prison, ou l'existence la plus aventureuse, la plus irrégulière.

On s'est demandé si, dans ces cas, la séquestration était une chose non-seulement indispensable, mais utile pour le malade lui-même; on a démontré par plusieurs faits que cette séquestration avait même une utilité au point de vue des malades. La vie de l'asile est une discipline, une règle, un frein; l'aliéné raisonnant, une fois entré dans

l'asile est dirigé par une autorité étrangère et une règle qui n'est pas faite pour lui seul, mais pour tout le monde ; sa vie est ainsi plus réglée, plus heureuse aussi à ce point de vue.

Mais ce n'est pas seulement au point de vue des malades que cette séquestration est indispensable, elle l'est aussi au point de vue social. Ils sont impossibles dans la société ; ce sont des déclassés qui sèment partout la discorde et le malheur autour d'eux. Il n'y a rien de plus à plaindre que l'entourage de pareils malades et le docteur Trélat a eu raison de dire que les familles étaient plus à plaindre que les malades eux-mêmes et qu'il serait bon de tenir compte des familles et de ne pas porter toute sa philanthropie sur le malade exclusivement.

Pinel et Esquirol ont été surtout guidés par l'idée de la philanthropie ; c'est certainement un principe excellent, mais il y a lieu de tenir compte également des familles. Ainsi la vie de ces individus dans la famille et la société est intolérable ; il faut avoir vécu avec de pareils malades pour savoir combien l'existence est avec eux une sorte d'enfer anticipé ; personne ne peut y résister et on comprend très-bien qu'on demande non-seulement la séquestration, mais encore la séparation de corps, car il y a des nécessités sociales indépendamment des nécessités médicales.

402. Les questions légales sont les plus difficiles de toutes. Ces malades sont-ils absolument privés de responsabilité ? Faut-il leur refuser la responsabilité ? Quand ils donnent une signature, quand ils font un testament, peut-on valider ces actes ? Sur ce point les médecins et les Magistrats sont en grande dissidence. Il y a deux opinions ; pour ces malades comme pour les aliénés, il y a les partisans de l'irresponsabilité absolue et les partisans de l'irresponsabilité partielle. Dans la législation anglaise on admet la responsabilité partielle ; on prétend qu'ils peuvent être considérés comme responsables partiellement ; dans certains cas la loi anglaise admet la validité de leur signature.

Mais quel est le point où s'arrête la responsabilité et où commence l'irresponsabilité ? C'est une question très difficile à décider. Aussi suis-je disposé à croire qu'il est bien préférable de poser en principe général l'irresponsabilité de tous les aliénés sans exception. Dès lors que par l'ensemble des faits de votre existence physique et morale on vous considère comme aliéné, par cela même vous devez être considéré comme irresponsable au point de vue légal comme au point de vue du médecin et du philosophe.

On prétend que dans certains cas le malade a la connaissance plus ou moins exacte de ses actes ; mais comme cette appréciation est sujette à erreur, il n'y a pas lieu, au point de vue légal, d'en faire la base d'un criterium et d'un diagnostic. Dès lors qu'un individu est aliéné, qu'il n'est plus sain dans l'ensemble de ses facultés, il doit être considéré comme irresponsable et la loi ne peut pas avoir d'autre criterium que celui de la santé ou de la maladie. Ou tel individu est dans un état de santé, et ces actes sont considérés comme valables ; ou, au contraire, il est malade et il doit être considéré comme irresponsable ; il n'y a pas d'autre criterium possible au point de vue de la législation.

Il y a d'autres questions très-graves ; par exemple, la question du mariage s'applique à tous les aliénés en général. Doit-on autoriser le mariage d'un aliéné raisonnant ? Il est certain que le médecin doit le déconseiller le plus possible, non-seulement à cause du malade lui-même et du malheur occasionné par le mariage aux personnes obligées de vivre avec lui, mais aussi à cause des enfants. La folie raisonnante est une des formes les plus héréditaires de la folie et qui se trouve liée à d'autres formes soit chez

 les ascendants, soit chez les descendants. Ils n'ont pas, en général, des enfants atteints de la même folie qu'eux ; mais elle se reproduit sous des formes dif=férentes ; il y a transformation. Ils représentent un chaînon dans la série des familles héréditaires ; ils ont comme ascendants, par exemple, des hypocondriaques, des épileptiques, et comme descendants des imbéciles et des idiots. Il n'est donc ni raisonnable, ni moral d'auto=riser et surtout de favoriser le mariage des aliénés raisonnants. Le mariage a lieu quelquefois ; il y en a des exemples très-malheureux. Le médecin n'a pas le droit d'interdire ni la loi non plus pour le défendre pas plus en ce qui concerne les fous raisonnants que pour les épileptiques. Ce serait une prétention exagérée ; mais le médecin doit chercher par l'influence de sa science et de ses conseils à empêcher le plus possible ces mariages et à en détourner les familles, surtout au point de vue des descendants.

Dans la prochaine séance j'aborderai la question de l'aliénation partielle. Toutes les folies se divisent en deux groupes : le groupe de la folie générale et le groupe de la folie partielle ; mais il y a plus d'aliénés

atteints du délire partiel que du délire général ; il est donc utile d'établir des distinctions, et la classification régnante admet deux distinctions : la folie mélancolique et la folie monomaniaque partielle, le délire triste et le délire gai ou expansif. Il y a donc deux subdivisions importantes. Ceci nous demandera un certain nombre de leçons et ensuite nous aurons à nous occuper d'autres formes accessoires, comme la folie circulaire et la paralysie générale.

15e Leçon.

9 Janvier 1877.

Messieurs,

Je vais aujourd'hui commencer l'étude de l'aliénation partielle.

Dans les leçons précédentes nous avons parlé de l'aliénation générale avec excitation, nous allons aborder la seconde partie de la description des fondements admis dans la classification actuelle, c'est-à-dire l'aliénation partielle.

Cette forme de folie est très-générale, elle s'applique à un très-grand nombre de faits. Les aliénés atteints de délire partiel sont beaucoup plus nombreux que les aliénés

 atteints de délire général.

Cette affirmation est un fait contraire à ce qu'on suppose à priori. Chacun s'imagine en parlant des aliénés qu'on a affaire à des malades qui délirent d'une manière très-étendue, qui parlent avec incohérence, qui sont très-désordonnés dans leurs actes et qui ressemblent, sous ce rapport, aux aliénés comme on les décrit dans les pièces de théâtre et dans les romans, aux aliénés tels que chacun les imagine à priori, c'est-à-dire aux maniaques, aux malades atteints de délire aigu qu'on observe dans les hôpitaux.

Eh bien! quand on entre dans un asile d'aliénés, on constate qu'il n'en est rien. La grande majorité des aliénés est au contraire très-calme, très-tranquille et atteinte d'un délire partiel, d'un délire limité. Et à tel point qu'en faisant une visite générale dans un asile d'aliénés, on en sort presque toujours avec l'opinion que la plus grande partie des malades n'est pas atteinte d'aliénation mentale et est séquestrée, en quelque sorte, illégalement. Tout individu qui passe pour la première fois dans un asile d'aliénés est tellement frappé de l'apparence de raison des malades, de l'absence de manifestations délirantes qu'il est porté à croire qu'il y a eu erreur, qu'on a enfermé des personnes

qui n'étaient pas réellement aliénés. Le nombre d'aliénés atteints de délire partiel est donc beaucoup plus considérable que celui des aliénés maniaques. Il importe donc de faire des subdivisions parmi ces aliénés, d'admettre des espèces et des variétés.

Dans la classification régnante on admet deux grandes espèces parmi les aliénés partiels : les aliénés partiels à délire dépressif et les aliénés partiels à délire expansif, autrement dit le délire triste et le délire gai.

Cette division déjà adoptée par les anciens, s'est propagée d'age en age et a été conservée par les modernes.

Pinel, dans sa nosologie, réunissait tous les aliénés atteints de délire partiel sous le nom de mélancoliques. Pour lui le nom de mélancolique s'appliquait à la fois aux aliénés tristes et aux aliénés gais ; il était synonyme de délire partiel.

Esquirol a senti l'inconvénient qu'il y avait de donner un nom qui pouvait avoir une double interprétation, et il a créé un nouveau genre auquel il a donné un nom nouveau, le nom de monomanie. Ce mot a entraîné des erreurs sur lesquelles j'aurai à insister plus tard, mais il a eu l'avantage de séparer les aliénés à délire expansif des aliénés à délire dépressif.

400.

Aujourd'hui donc on admet ces deux grandes catégories dans l'aliénation partielle : l'aliénation partielle dépressive et l'aliénation partielle expansive. Quels que soient les noms adoptés par les divers auteurs, l'idée est toujours la même : d'un côté la tristesse, de l'autre la gaîté ou l'expansion, l'activité.

Nous aurons donc à nous occuper successivement de ces deux grandes formes de l'aliénation partielle, mais avant de vous parler de la mélancolie qui va nous occuper pendant deux séances, je vais commencer par quelques généralités sur l'aliénation partielle en général.

L'aliénation partielle repose sur cette idée, sur cette donnée qu'il est des malades qui sont préoccupés par des idées fixes, par des idées déterminées, des idées peu nombreuses et toujours les mêmes. C'est-là ce qui constitue le caractère dominant de l'aliénation partielle.

Mais le tort qu'on a eu, c'est d'étudier ces formes de maladies d'après les idées, au lieu d'étudier le fond même de l'état morbide. On a étudié la partie saillante, la partie superficielle de la maladie, et on a négligé le fond. Chez la plupart des auteurs on a procédé par la méthode psychologique, par la méthode des romanciers; on a

décrit les délires tels que les malades les expriment; on a, comme le disait mon père, pris des observations sous la dictée des aliénés eux-mêmes; lorsque vous interrogez un aliéné, il vous raconte lui-même qu'il est persécuté, qu'il se croit damné, qu'on lui en veut, qu'il est dominé par des idées religieuses, qu'il croit qu'on va le condamner et le conduire en prison, et vous notez tout simplement dans vos observations ces diverses idées dominantes telles que le malade les exprime; au lieu de faire de l'observation objective, vous faites de l'observation subjective; c'est le malade lui-même qui vous dit ses observations et vous écrivez sous sa dictée. Eh bien! des observations ainsi prises sont incomplètes, et non-seulement elles sont incomplètes, mais elles sont dangereuses parce qu'elles jettent un voile sur tout le côté le plus important de l'état maladif. On néglige précisément ce qui est plus important, et on ne fait attention qu'à ce qui est accessoire; on prend des observations comme les hommes du monde, comme les romanciers, comme les littérateurs et les philosophes, et on ne prend pas des observations médicales.

L'important pour bien étudier l'aliénation partielle est donc d'étudier d'abord le fond de l'état maladif, et sur

409. ce fond bien étudié, de voir la naissance progressive et successive des idées délirantes.

C'est donc un premier point bien établi et qui s'applique aussi bien à l'étude de la mélancolie qu'à l'état monomaniaque, et pour bien étudier l'aliénation partielle, il faut faire deux parts, l'observation de l'état général et l'observation des idées dominantes ou des penchants ou des sentiments prédominants. Ce défaut, qui existe dans l'observation depuis le commencement du siècle, s'est fait surtout sentir dans les cas de médecine légale. C'est-là que cette observation incomplète a eu des conséquences très-graves. On a décrit dans la médecine légale des aliénés comme dominés exclusivement par un sentiment ou par un penchant ; on a décrit des malades comme poussés au vol, poussés à l'incendie, poussés au meurtre et n'ayant pas, en dehors de ce penchant, d'autre état maladif. Et il en est résulté que les magistrats n'ont pas voulu admettre cette prétendue monomanie qui était limitée à un seul penchant, à un seul fait, à un seul acte. On disait : tel individu a tué parce qu'il avait besoin instinctivement de verser le sang ; il a incendié parce qu'il avait besoin de brûler

et qu'il aimait à voir les flammes sous ses yeux; tel autre a volé sans aucun désir de s'approprier les objets, mais par pur instinct du vol pathologiquement développé. C'est contraire à la nature, ce mode d'observation; ce n'est pas ainsi que se présentent les aliénés. En vous parlant des manies avec penchants prédominants, j'ai dit que toutes les fois qu'un individu atteint du délire maniaque faisait un acte violent, ce n'est, en quelque sorte, que la crise de l'état maladif. Le malade qui a accompli un vol, un incendie, un meurtre, était plusieurs heures, plusieurs jours avant dans un état maladif caractérisé à la fois par des symptômes physiques et par des symptômes de l'ordre moral et de l'ordre intellectuel. Cet individu avait vagabondé, il avait quitté son atelier ou son domicile, il avait erré dans la campagne, il avait un trouble général, une confusion des idées; les idées les plus différentes avaient surgi successivement dans son esprit, et c'est au milieu de cette fermentation délirante que l'acte violent est survenu comme une crise, ou dénouement de l'état délirant préexistant.

Ce qui est vrai pour l'état maniaque est vrai pour le délire partiel. Il y a également dans les délires partiels les plus limités, il y a un état général, c'est-à-dire

 état physique et moral qui est la base des idées déli=
=rantes et des actes délirants, qui est la base générale,
originaire et le point de départ, et qui est le point
essentiel à étudier et à observer.

Voilà donc un premier point; dans toute alié=
=nation partielle, il faut étudier l'état général et ne pas
se contenter d'étudier les idées prédominantes ou les actes
prédominants.

Un autre point qui est connexe et qui est la
conséquence du précédent, est celui-ci: dans l'aliénation
partielle il ne suffit pas d'étudier l'état actuel, il faut
étudier l'évolution successive des faits.

Toute maladie présente une marche, toute
maladie a un début, un milieu et une fin; tout état pa=
=thologique présente une évolution. Il ne suffit donc pas
d'observer le malade à un moment donné, il faut relier
le présent au passé et à l'avenir, ce n'est qu'à la condition
d'étudier une évolution dans les idées délirantes ou dans
la maladie qu'on peut être dans la vérité de l'observation;
il n'y a pas de pathologie, pas plus de pathologie ordi=
=naire que de pathologie mentale sans l'étude de la marche.
Or, cette étude est généralement négligée; elle est négligée

d'abord parce qu'on ne se donne pas la peine de suivre un malade pendant long temps, et ensuite parce que tout le monde ne se trouve pas dans la position de pouvoir le suivre. Il y a d'une part une lacune naturelle qui résulte de la paresse de chacun dans les observations, mais il y a des difficultés presque insurmontables qui tiennent aux cir=constances qui ne permettent pas de suivre un malade pendant plusieurs mois ou plusieurs années. Il y a donc là des difficultés réelles qui ont retardé l'étude de la marche dans les maladies mentales. D'un autre côté, les personnes étrangères à la médecine n'ont pas même l'idée qu'il puisse exister une marche dans les maladies. Ainsi les magistrats qui interrogent un aliéné pour l'interdire, croient qu'un interrogatoire d'une heure est suffisant pour connaître le malade à fond, complètement ; ils ne veulent pas admettre de changement dans les maladies ; ils ne veulent pas admettre qu'il y ait des périodes d'accès et de rémission, qu'il y ait des moments où le malade est très-malade et d'autres où il manifeste très-peu son délire. Les magistrats n'admettent pas cela, et quand ils tombent par hasard sur un moment d'amélioration, ils en concluent que l'individu n'est pas malade, et ils n'admettent pas qu'à un autre moment ou à un autre jour

 il présente des symptômes morbides beaucoup plus caractérisés. Le médecin sait au contraire que toutes ces modifications sont dans l'essence de toutes les maladies, surtout des maladies nerveuses. Il n'y a pas de maladie nerveuse qui ne présente des inégalités dans sa marche. Ce qui est vrai de l'épilepsie, de l'hystérie, de la chorée, de toutes les névroses, est vrai également des maladies mentales. L'aliéné n'est pas un être semblable à lui-même, il n'est semblable à lui-même que dans la période de chronicité, alors qu'il est arrivé à la période de délire stéréotypé, comme l'a appelé mon père. Mais quand ils sont dans une période qui présente encore de l'acuité les aliénés sont différents d'eux-mêmes d'une époque à une autre, à plusieurs mois de distance, d'un jour à un autre, d'un moment à un autre. Or, il faut étudier la marche dans l'aliénation partielle comme dans l'aliénation générale; car ces faits-là ne s'appliquent pas seulement aux états maniaques, aux délires aigus, cela s'applique même aux délires partiels les plus limités, et c'est une grande erreur de croire qu'un monomaniaque est toujours semblable à lui-même. Les malades atteints de délire de persécution sont très-différents d'eux-mêmes selon les moments où on les observe. Dans

la période d'accès, de paroxisme, ils ne craignent pas de manifester leur délire; ils ont besoin de le manifester et de faire connaître à tout le monde les tortures auxquelles ils sont soumis, tandis que dans d'autres moments ils se défient d'eux-mêmes, comme ils craignent de passer pour aliénés, non-seulement ils ne manifestent pas leur délire, mais ils vont jusqu'à le nier, comme je vous le disai en parlant du délire de persécution. Il y a des malades qui dissimulent et qui nient même leur délire pendant une période assez longue de la maladie. C'est ce qui fait la difficulté de l'observation; tandis que ces mêmes malades, dans d'autres moments, se manifestent tout-à-fait à leur aise, avec une grande facilité, de manière à rendre leur maladie incontestable pour tous.

Il y a des périodes de rémission et de paroxisme dans toutes les variétés d'aliénation partielle; même chez les malades les plus stéréotypés on constate des différences de degré selon les jours et selon les moments. Pour bien étudier l'aliénation partielle, il ne faut jamais perdre de vue ces deux points de repère: 1er point: étudier l'état général en même temps que les idées dominantes; 2e point: étudier une évolution morbide, une marche de la maladie

 au lieu de se borner à la constatation de ce qui existe dans un moment donné. Ce n'est qu'à cette condition qu'on peut connaître les aliénés partiels tels qu'ils sont.

Nous allons trouver l'occasion d'appliquer ces principes dans l'étude de la mélancolie. J'ai à vous parler de la mélancolie envisagée d'une manière générale. Je réserverai pour une nouvelle séance l'étude des variétés de la mélancolie, je me bornerai aux grandes généralités sur cette mélancolie, aux faits les plus connus et décrits dans la plupart des ouvrages contemporains.

Dans la mélancolie il faut, comme dans la manie, étudier d'abord l'état mental, l'état des facultés morales et intellectuelles, et ensuite étudier l'état physique. Nous allons d'abord passer en revue les altérations des grandes facultés de l'intelligence et du moral. Comme je l'ai déjà dit, dans la pathologie générale, il faut étudier successivement la sensibilité, l'intelligence et la volonté.

La sensibilité morale est malade chez tous les mélancoliques, et c'est la base véritable de la mélancolie. La mélancolie, quelle que soit sa forme, quelles que soient ses apparences, a toujours pour fondement un trouble

fondamental de la sensibilité morale. Tout mélancolique est un homme ému, est un homme malheureux, est un homme triste, est un homme anxieux, dont la sensibilité morale est atteinte maladivement. C'est la base fonda=mentale de toutes les mélancolies. Sans état général de tristesse, d'anxiété, il n'y a pas de mélancolie possible. Dans la sensibilité morale est le trouble élémentaire de toutes les mélancolies. Or, comment se manifeste cette altération de la sensibilité morale? Elle se manifeste d'une façon extérieure par les paroles, par les gestes, par les attitudes, par l'ensemble de l'individu. Voyez un mélancolique: il est immobile, silencieux, il se tient dans un coin et assis la tête baissée; il ne fait aucune attention à ce qui se passe autour de lui, rien ne peut le distraire de ses préoccupations maladives; il est dans l'inertie physique et morale, quelquefois même il reste au lit, il refuse de s'habiller, il refuse de marcher, dans les degrés extrêmes; dans les degrés moins forts, il marche, mais il parle à peine, il répond à voix basse. C'est avec une grande difficulté que vous obtenez de lui quelques réponses très-rares et très-incomplètes, de sorte que l'individu que vous avez sous les yeux est à divers degrés un homme triste,

420 un homme malheureux, anxieux. L'anxiété morale se manifeste dans tous ses gestes, dans toute son attitude. Si vous parvenez à le faire parler, ce que vous obtenez d'un certain nombre de mélancoliques, vous constatez que le malade lui-même a en partie conscience de cet état de tristesse, de malaise qu'il éprouve en lui-même; il se sent malheureux, il se sent découragé, il se sent dégoûté de la vie sans savoir pourquoi. C'est là le premier degré de la mélancolie; c'est ce qu'on a appelé le _tædium vitæ_. C'est l'état élémentaire de la mélancolie. Il y a des malades auxquels on a donné le nom de mélancoliques sans délire, qui n'ont pas d'autre trouble pathologique que cet état général de la sensibilité; ils sont malheureux, ils sont tristes sans savoir pourquoi. A partir d'un certain moment, à partir d'une certaine époque de leur existence, des individus qui jusque là avaient mené la vie commune, avaient joui de tous les avantages de la vie sociale, qui avaient rempli les devoirs de leur profession, leurs devoirs de famille comme tout le monde, peu à peu ou tout-à-coup sont tombés dans un état de tristesse sans motif, de dégoût de l'existence, de désespoir, de _tædium vitæ_.

Ils ont conscience de leur état, ils sentent qu'ils sont malades, ils sentent qu'ils ne sont pas ce qu'ils étaient autrefois, qu'il s'est opéré en eux une modification profonde de tout leur être moral; mais ils ne peuvent pas résister à cet entraînement pathologique qui est tout-à-fait automatique; ils sont malgré eux enclins à la tristesse, au désespoir, à la mélancolie, en un mot.

C'est le premier degré de l'état mélancolique, la mélancolie sans délire. Eh bien! ce fond de mélancolie qui existe quelquefois seule dans tous les autres cas également dont je vous parle, existe dans tous les autres cas comme fond de la maladie; les individus qui ont des idées pré=dominantes de religion, de damnation, de culpabilité, de condamnation, de persécution, d'empoisonnement, etc, toutes les idées prédominantes qu'on peut imaginer, ont également un fond de tristesse; chez eux, la sensibilité morale est atteinte fondamentalement et c'est la base de la maladie.

Il ne faut donc pas s'imaginer la mélancolie comme les romanciers l'ont fait, comme l'ont décrite certains auteurs remarquables comme romanciers, comme conséquence de certaines idées tristes; il ne faut se représenter

413. le portrait de Werther, d'Oberman, de René, de tous ces grands mélancoliques comme les romanciers les ont imaginés; il ne faut pas croire que c'est par suite d'idées religieuses, d'amour ou d'un chagrin motivé qu'on devient mélancolique, ce n'est pas ainsi que procède habituellement la maladie. Il y a quelques cas, en effet, où l'on peut suivre cette filiation, cette génération psycho=logique ou physiologique, mais ces cas sont rares. On commence par être triste avant d'avoir des idées tristes; on commence par avoir un état physique et moral de tristesse, de dégoût, d'anxiété, de tædium vitæ avant d'arriver à certaines idées tristes déterminées; l'état mélancolique, l'état d'altération de la sensibilité morale précède le développement des idées délirantes. C'est ce que j'ai eu soin de vous exposer dans la leçon sur les troubles intellectuels de la folie considérée en général. J'ai dit qu'il y avait trois périodes dans l'évolution des idées fixes: la première période d'incubation ou d'élaboration; la seconde période de systématisation et la troisième période chronique de délire stéréotypé. Ceci s'applique à la mélancolie comme aux autres délires partiels. Dans la mélancolie il y a d'abord

la période d'incubation dans laquelle le malade est triste sans savoir pourquoi, il a souvent conscience en grande partie de son état, il se sent envahi malgré lui par une disposition générale à la tristesse qu'il ne peut vaincre et combattre; il cherche à la secouer, à rompre cette disposition anormale, il ne peut pas y parvenir parce que c'est imposé par un état maladif qui est physique en même temps que moral et qui ne tient pas à certains chagrins, à certaines causes déterminées, comme on le croit souvent qui tient à un état maladif, et qui souvent même date d'un certain moment, d'une certaine époque qu'on peut déterminer. M. Lasègue insiste avec beaucoup de raison sur ce fait que dans beaucoup de folies partielles, il y a une période de début, il y a une sorte d'ictus, il y a un moment dans lequel l'individu est comme frappé par l'état maladif soit sous forme de vertige, soit sous forme de congestion, soit sous forme d'état physique général; il y a un moment où on devient malade. Après avoir passé par l'incubation, la maladie envahit l'être tout entier, il y a un ictus, un moment d'invasion déterminé, à partir duquel on devient un mélancolique ou un aliéné atteint d'une autre forme de folie.

414. Il y a donc là un état physique et un état moral général qui est la base de toutes les mélancolies. Le malade qui est sous ces impressions, qui involontairement est dans cette ramené à la tristesse, au désespoir, au dégoût de la vie, cherche alors dans lui-même, dans le monde extérieur, dans son passé ou dans son présent des explications pour cette tristesse, et c'est ainsi que naissent ordinairement les idées délirantes. Il se demande pourquoi il est triste, et alors il cherche dans son passé, il s'accuse lui-même, il recherche dans sa vie passée des peccadilles ou des faits plus ou moins graves pour se les reprocher et il en trouve toujours : lorsque l'on a cette disposition au scrupule, au remords, on découvre toujours dans sa vie certaines circons=
=tances, certains faits qu'on grossit outre mesure et dont on fait le point de départ de son délire ; on s'accuse de choses graves, criminelles, on croit qu'on va être conduit en prison, qu'on va être condamné, qu'on va être accusé, on croit être damné, on croit être condamné à des peines éternelles, condamné à l'enfer, selon les dispositions diverses de l'esprit, ou selon les époques sociales dans lesquelles on vit.

Voilà les directions différentes que prennent les idées mélancoliques, mais elles reposent sur le fond de

trouble de la sensibilité générale. C'est parce qu'on est préalablement triste qu'on arrive peu à peu à formuler dans sa tête certaines idées mélancoliques déterminées, et la preuve c'est que ces idées varient non-seulement selon les individus mais selon les époques sociales. Au moyen-âge par exemple, alors que l'humanité était religieuse, les idées de possession démoniaque, de sorcellerie, les idées de sciences occultes, les idées démonomaniaques dominaient les esprits, et au lieu d'avoir des aliénés comme aujourd'hui on avait des possédés, et lorsqu'on lit dans les auteurs de cette époque la description de ces malades on retrouve exactement les mêmes états généraux que nous voyons aujourd'hui, seulement certaines idées délirantes sont changées : au lieu de se croire possédé par le diable, de se croire damné, d'autres se croient persécutés par la police, par le magné-tisme, par la physique ou par les Jésuites. Les objets varient, mais la disposition fondamentale reste la même. Ce sont toujours des mélancoliques, ce sont des malades qui, par un certain état physique parfaitement déterminé du système nerveux, arrivent à être tristes, malheureux, désespérés et qui s'accrochent alors à certaines idées en rapport avec leur propre éducation, avec le milieu dans

 dans lequel ils ont vécu ou avec leur époque sociale. Les idées délirantes peuvent varier selon les temps et les lieux, mais le malade reste toujours le même ; par conséquent, c'est cet état général qu'il faut étudier et connaître beaucoup plus que les idées dominantes.

C'est donc un grand tort de diviser, comme on le fait aujourd'hui, les délires partiels d'après les idées prédominantes ; c'est-à-dire qu'un malade est atteint de délire religieux, de délire érotique, du délire de culpabilité ou de persécution, ces formes de délire ne sont que le fait superficiel, et ce qui est important, c'est le fond même de la maladie, l'état général qui domine tout le reste. Il faut donc bien se mettre dans la tête que la base de toutes les mélancolies, c'est l'altération de la sensibilité morale. Les mélancoliques sont des gens qui souffrent, qui sont sous l'empire de phénomènes douloureux, de la douleur morale. La douleur morale involontaire, instinctive, automatique est la base de toutes les mélancolies.

Voilà donc le premier fait, le trouble fondamental de la sensibilité morale.

Après ce grand fait en vient un autre. Il

est relatif au trouble de l'intelligence. Les mélancoliques ne sont pas seulement des hommes qui souffrent moralement, ce sont des hommes qui pensent moins que dans l'état normal. L'intelligence est atteinte dans sa totalité. L'intelligence n'a pas précisément baissé de niveau au point de vue de la capacité intellectuelle, mais elle a baissé au point de vue du mouvement, le mouvement intellectuel est ralenti. Tout mélancolique est un homme dont la pensée s'exerce avec une grande difficulté, avec une extrême lenteur. Il y a chez tous les mélancoliques non-seulement altération de la sensibilité, mais altération de l'intelligence dans son ensemble, quoique le délire soit partiel; il est partiel au point de vue des idées, mais il est général au point de vue de l'ensemble des troubles de l'intelligence. L'intelligence, chez les mélancoliques, est une intelligence ralentie dans son mouvement et fonctionnant avec difficulté, non-seulement avec lenteur, mais avec douleur. Il y a là un trouble général de l'intelligence qui est la base de toutes les mélancolies, et, comme le disait mon père, les mélancoliques sont plus absorbés qu'attentifs. Il y a plus de confusion dans leurs idées, plus de trouble qu'on ne croit au premier abord.

Esquirol représentait les mélancoliques comme

 ayant une attention exagérée, une attention concentrée sur certaines idées dominantes. Certainement que la force d'attention se concentre sur quelque point fixe, mais cette force d'attention elle-même est diminuée, et les mélan=colique, envisagés d'une manière générale, ont une in=telligence ralentie et dont l'exercice est difficile et pénible. Le mélancolique pense peu, il pense avec difficulté. Il y a donc là un trouble de l'intelligence qui s'applique à tous les mélancoliques, qui s'applique surtout à certaines variétés de mélancoliques atteints de dépression simple, avec tendance plus ou moins prononcée vers la stupeur. Tout mélancolique qui tend à la stupeur présente un trouble très-étendu de l'intelligence. L'intelligence est confuse, elle est dans le vague, elle fonctionne difficilement, et, dans quelques cas même, elle ne fonctionne plus du tout, dans les cas extrêmes il y a des mélancoliques avec stupeur qui arrivent à une sorte d'idiotisme accidentel, qui arrivent à ne plus penser. Cependant M. Baillarger a observé avec raison que chez beaucoup de ces mélancoliques avec stupeur chez lesquels on croit que la pensée est suspendue, elle n'est en réalité qu'une pensée absorbée par quelques idées

et ils pensent plus qu'on ne croit. C'est ce qu'on peut constater dans les moments de rémission ou dans la période de convalescence.

Mais quoi qu'il en soit, malgré la persistance de quelques idées dans la mélancolie avec stupeur, il y a néanmoins un ralentissement considérable du fonctionnement intellectuel, il y a une intelligence très-affaiblie et très-ralentie dans son mouvement.

Les mêmes observations s'appliquent à la volonté. La volonté chez les mélancoliques est également atteinte dans sa base. La mélancolie entraîne à sa suite l'im=
=puissance plus ou moins grande de la volonté. M. Billod a décrit dans un travail publié dans les Annales les lésions de la volonté par défaut et par excès. Il a fait remarquer avec raison que, dans la mélancolie, la volonté est souvent lésée par défaut. Les mélancoliques sont impuissants à vouloir, et ceux qui peuvent analyser leur état, qui en ont conscience, comme je le dirai dans la prochaine séance, racontent très-bien qu'ils n'ont plus aucun désir, qu'ils n'ont plus de goût à rien, que rien ne les pousse, qu'ils sont indifférents à tout, qu'ils se sentent incapables d'agir, qu'ils n'ont plus de volonté. Je

430. voudrais pouvoir vouloir, disent certains mélan=
=coliques; je voudrais bien telle chose, mais je ne le
peux pas; je n'ai pas la force de vouloir, je n'ai pas
la force d'agir. Les mélancoliques qui ont conscience de
leur état vous décrivent donc parfaitement cet état
qui existe chez tous les mélancoliques, à savoir que la
volonté est affaiblie. Non-seulement l'homme est af=
=faibli intellectuellement, mais il n'a plus sa force de
volonté normale, il ne peut plus faire un mouvement,
un pas, il faut un effort très-grand pour l'engager à
se lever de son siège ou de son lit, pour l'engager à
marcher; le mélancolique ~~est~~ reste immobile par inertie
morale, absence de volonté.

Cependant il y a certains mélancoliques, ce
sont les mélancoliques anxieux, qui constituent une
variété particulière, chez lesquels la volonté existe
encore et toujours sous la même forme, c'est-à-dire qu'ils
ont besoin de faire les mêmes mouvements, de répéter les
mêmes paroles ou de se livrer aux mêmes actes. Il y a
des mélancoliques, ce sont les mélancoliques anxieux ou
gémisseurs, comme les a appelés M. Morel, qui ont
besoin de parler et d'agir, mais de répéter toujours les

mêmes choses ou de faire toujours les mêmes choses ou de faire toujours les mêmes actes. Ces malades se promènent de long en large comme des âmes en peine, ils ne peuvent pas tenir en place, ils ne peuvent pas rester assis; ils ont besoin de marcher à pas lents, toujours dans la même direction, de la même façon, en répétant les mêmes mots ou en poussant les mêmes lamentations ou les mêmes soupirs. Ce sont les mélancoliques anxieux. Chez eux la volonté n'est pas im=puissante, elle n'est pas anéantie, mais elle ne peut ~~pas~~ s'appliquer qu'à un petit nombre d'actes toujours les mêmes. C'est une autre forme de lésion de la volonté; ~~elle~~ cette faculté existe encore, mais elle est très-atténuée, puisqu'elle ne peut s'appliquer qu'à certains faits déterminés. Les malades ne peuvent répéter que leurs idées délirantes, leurs pré=occupations constantes et renouveler sans cesse les mêmes actes. C'est une variété spéciale de la mélancolie sur laquelle j'insisterai.

Vous voyez, pour nous tenir dans les faits généraux, que la mélancolie se caractérise d'une manière générale par un ensemble de faits psychiques; elle se caractérise par la douleur morale; elle se caractérise par le ralentissement des fonctions intellectuelles et elle se

caractérisé par l'affaiblissement et l'impuissance de la volonté. Il y a là un ensemble de faits psychiques qui forment la base de la mélancolie, quelle que soit la prédominance des idées, que le mélancolique soit préoccupé d'idées de persécution, d'idées de culpabilité, d'idées démoniaques, d'idées religieuses, d'idées de tout ordre, quelle que soit la prédominance des idées, le fond reste le même; le mélancolique est malheureux, il est désespéré, il a une pensée ralentie et une volonté impuissante.

Il en est de même au point de vue de l'étude des faits physiques. Il y a également dans tous les mélancoliques certains troubles physiques qui sont toujours les mêmes. Aux troubles de la sensibilité morale correspondent les altérations de la sensibilité physique. Chez tous les mélancoliques il y a des altérations de la sensibilité générale; tous les mélancoliques ont non-seulement de la douleur morale, mais ils ont de la douleur physique; ils ont un sentiment de malaise, un sentiment de maladie, un sentiment de souffrance qui est général et qui non-seulement se manifeste sous la forme de l'hypocondrie chez certains d'entre eux mais qui chez tous se manifeste par un

maladie. Tout mélancolique est un homme qui souffre non-seulement moralement mais physiquement. Il y a là un état général du système nerveux qui est également la base de toutes les mélancolies.

Cette étude a été très-bien faite par tous les auteurs qui se sont occupés de mélancolie et en parti=culier dans ces derniers temps il y a eu un concours et un prix fondé par la Société médico-psychologique qui a donné naissance à six mémoires dans lesquels on a étudié les troubles de la sensibilité physique et morale dans la mélancolie. Ces mémoires ont publié des faits extrêmement intéressants au point de vue des lésions de la sensibilité générale des diverses variétés de mé=lancolies. C'est là un fait incontestable et qui est la base physique de tous les états mélancoliques.

Cette sensibilité peut être altérée de deux manières, ou en excès ou en défaut. Il y a des cas d'hyperesthésie physique et il y a des cas d'anesthésie. L'anesthésie peut être générale ou partielle. Il y a des mélancoliques chez lesquels on observe certaines parties du corps qui sont anesthésiées; chez d'autres au contraire cet état d'in=sensibilité se propage sur toute l'étendue du corps.

424 Mais quelle que soit la variété de l'altération de la sensibilité, elle existe toujours chez tous les mélancoliques et dans toutes les formes de la mélancolie.

Ces troubles de la sensibilité physique donnent lieu souvent à des illusions ou à des hallucinations, comme je vous l'ai déjà dit en vous parlant de ces deux phénomènes généraux, il y a beaucoup de malades qui éprouvent des sensations dans diverses parties du corps et qui les interprètent dans le sens de leur délire, au lieu d'attribuer ces sensations à une maladie, à l'état du système nerveux, ils les attribuent à l'influence dont ils croient être victimes, ils les attribuent à la magie, à la sorcellerie, à la physique, à la police, aux Jésuites, aux sciences occultes, au diable, à toutes les causes occultes que l'aliéné invoque pour expliquer ses sensations morbides. Il y a donc chez la plupart des mélancoliques des phénomènes nerveux incontestables, il y a de plus des douleurs. C'est une étude qui a été très bien faite par plusieurs aliénistes allemands. En Allemagne on a insisté, l'école somatique a insisté avec beaucoup de raison sur les névralgies et les phénomènes douloureux qui existent surtout chez les mélancoliques. Les mélancoliques ont presque tous

des douleurs de tête, des céphalalgies, ils croient avoir la tête vide, ils ont un sentiment de vacuité ou de ballotement dans le crâne, ou dans d'autres cas ils ont un sentiment de pression, il leur semblent que leur tête est dans un étau ils ont des névralgies dans diverses parties du corps, et ces névralgies sont le point de départ de phénomènes ana:=logues aux phénomènes de l'aura. Ces phénomènes existent aux régions précordiales et constituent l'anxiété précordiale. C'est une sorte de pression anxieuse qui existe à la région de l'épigastre, à la région du coeur : l'anxiété. Ce phénomène est très-fréquent, et les malades qui l'ont éprouvé le décrivent tous de la même manière, et lorsque le malade est guéri il éprouve un soulagement extraordinaire à être débarrassé de cette sensation d'angoisse qui a duré depuis le début jusqu'à la fin de l'accès.

Il y a d'autres phénomènes douloureux, dans d'autres parties du corps; il y a des points névralgiques soit dans le côté, soit dans l'abdomen, dans diverses parties du corps, les aliénés sont soumis à des névralgies; il y a la folie névralgique, comme l'ont appelée les Allemands, entre autres le docteur Schüle, médecin-adjoint de l'asile d'Illenau, dans le duché de Bade. Les Allemands se sont

appuyés là-dessus pour préconiser le traitement de la folie par des injections de morphine, ils sont arrivés à en faire prendre des doses toxiques très-élevées qui, en guérissant la névralgie, peuvent arriver à guérir la folie et la mélancolie.

M. Voisin, à la Salpêtrière, a suivi la même voie et il applique des injections de morphine aux cas de mélancolie sur une très-grande échelle, il arrive à de très-fortes doses, il a suivi la voie ouverte par certains médecins allemands. Mais quelle que soit l'efficacité de ce moyen, de cette injection hypodermique et les cas de son application, il y a des cas où cela peut calmer les douleurs névralgiques qui peuvent être le point de départ physique de la mélancolie. Vous voyez donc qu'il ne faut pas négliger les phénomènes physiques dans l'étude de la mélancolie.

A côté des troubles de la sensibilité viennent se placer les troubles des mouvements. Les mélancoliques ont presque tous une altération générale des mouvements, les mouvements sont ralentis, presque nuls. Le mélan=colique éprouve de la fatigue, un sentiment de courba=ture, il est tellement affaibli qu'il peut à peine

supporter le poids de son corps. Il en résulte qu'il cherche à rester au lit, il ne peut pas marcher. Quand il n'est pas au lit il reste sur un fauteuil. Le mouvement pour lui est extrêmement pénible et il ne se décide qu'à grand' peine à l'accomplir. Il y a donc là une lésion fonda=
=mentale des mouvements qui est également la base de beaucoup de mélancolies, de la plupart des mélancolies. Dans quelques cas cependant les mouvements présentent un autre genre d'altération et correspondent sous ce rapport à la variété dont je vous parlais tout à l'heure les mélancoliques qui marchent sans cesse, qui ne peuvent pas se tenir assis ni couchés. Ils ont une altération spéciale du mouvement, ils ont comme une décharge conti=
=nuelle du système nerveux sur les muscles, qui les pousse à se mouvoir sans cesse d'une façon automatique, machinale, sans but, instinctive. Ces mélancoliques ont besoin conti=
=nuellement de mouvement, mais d'un mouvement auto=
=matique sans résultat et d'un mouvement incessamment le même; ce sont les mélancoliques anxieux qui constituent une variété particulière dont j'aurai à vous parler dans la prochaine séance.

On constate également chez les mélancoliques

des variétés partielles des troubles du mouvement, des contractures, des phénomènes cataleptiques, des altérations partielles dans la contraction des muscles ou dans leur relâchement, des spasmes, des contractions vermiculaires soit dans les muscles superficiels, soit dans les muscles de la vie organique ; tous les phénomènes que je vous ai décrits en thèse générale comme lésions des mouvements dans la folie se retrouvent chez les mélancoliques.

Après vous avoir parlé de ces troubles de la sensibilité, il me reste à dire un mot de chacune des fonctions organiques.

Le sommeil est très-souvent troublé chez les mélancoliques. Dans la période aiguë de la mélancolie, il y a presque toujours insomnie pendant plusieurs mois ; la plupart des mélancoliques ne dorment pas pendant la première période de leur maladie. Quand le sommeil commence à revenir c'est que la maladie commence à se fixer et à devenir à un certain degré chronique. Le sommeil, quand il existe, est interrompu par des rêves, des cauchemars et il est toujours insuffisant.

Les fonctions génitales présentent également des altérations. Il y a chez beaucoup de mélancoliques

un état d'impuissance plus ou moins prononcé. Les fonctions génitales sommeillent comme les autres fonctions.

Il en est de même de la menstruation chez les femmes qui est irrégulière ou même supprimée. Mais il faut répéter ici ce que j'ai déjà dit pour la manie, à savoir que le retour des règles est loin d'être toujours un signe de guérison. Il y a des malades chez qui les règles ont été supprimées pendant longtemps et chez lesquelles elles renaissent, elles se reproduisent, elles reviennent à l'état normal et cependant ces malades ne guérissent pas de leur mélancolie. La réapparition des règles n'est pas du tout un signe constant de guérison. Il y a des cas où elles coïncident avec la guérison, mais il y en a d'autres où les malades ne se rétablissent pas malgré le retour des règles.

Les autres fonctions de l'organisme sont presque toutes troublées chez les mélancoliques et surtout les fonctions digestives. Les mélancoliques ont presque tous un trouble digestif, un trouble d'estomac ou d'intestins, et non-seulement les mélancoliques à prédominance hypocondriaque mais même les autres mélancoliques. Il y a altération des fonctions stomacales et intestinales.

 Cela se présente sous forme de perte d'appétit, d'embarras gastrique, de langue blanche, d'haleine fétide, de refus des aliments, de dégoût des aliments quand il n'y a pas de refus absolu; c'est un fait qui est habituel à la plupart des mélancoliques; ce refus des aliments est même quelquefois si intense qu'on est obligé de les nourrir pendant des mois, pendant des années à l'aide de la sonde œsophagienne; c'est ce qu'on a appelé la sitophobie des mélancoliques. C'est un fait fréquent qui déjoue quelquefois les efforts du médecin; malgré l'emploi de la sonde le malade arrive au marasme et à la mort parce que l'alimentation est insuffisante.

Dans quelques autres cas il y a excès d'appétit, mais c'est un fait accidentel qui alterne avec le dégoût des aliments, qui est le fait le plus habituel; ce n'est qu'un symptôme passager qui disparaît pour faire place de nouveau au dégoût des aliments.

Il y a chez certains mélancoliques un embarras gastrique perpétuel; la langue est sale, les digestions se font très-mal, elles sont lentes et douloureuses, mais il y a presque toujours de la constipation. C'est le fait

constant le plus habituel du moins chez tous les mé=
=lancoliques.

Il y a donc lieu d'employer dans tous ces états organiques, plusieurs moyens et surtout les purgatifs répétés à petites doses, mais fréquemment répétés. Il y a toujours chez les mélancoliques à faire attention au point de vue thérapeutique, à l'état des fonctions gastro-intestinales. Les fonctions de la nutrition se ressentent de cette altération de la digestion. Les mélancoliques sont tous amaigris à divers degrés; quelques-uns sont réduits à l'état de squelette; tout mélancolique est très-amaigri et il est quelquefois arrivé à un degré d'émaciation tel qu'il ressemble à une momie, et tous les mélancoliques paraissent vieillis par suite de la maigreur. Lorsqu'on a connu une personne avant la maladie et qu'on la voit quelques mois après dans un état mélancolique, souvent on ne la reconnaît plus, tant elle est changée, tant elle est vieillie.

Il arrive chez les mélancoliques une altération de toutes les sécrétions, une altération de la peau. La peau devient rugueuse, sèche, la respiration cutanée ne s'exerce plus, les sécrétions sont taries ou très-peu abondantes. Cela agit d'une manière générale sur la nutrition qui

est incomplète et le malade arrive à n'avoir plus que la peau collée sur les os, surtout quand le refus des aliments s'ajoute à ces circonstances générales relatives à toutes ces fonctions de la nutrition.

Vous voyez qu'il y a dans la mélancolie certains phénomènes physiques et moraux qui sont constants, qui s'appliquent à toutes les formes, à toutes les variétés, et qui sont le caractéristique vrai de l'état mélancolique. Quelle que soit la diversité des formes que revêt la mélancolie il y a certains caractères généraux physiques et moraux qu'il importe d'étudier, de bien connaître parce qu'ils s'appliquent à tous les mélancoliques.

Il en est de même des fonctions de la respiration et de la circulation. La circulation des mélancoliques est ordinairement très-ralentie, le pouls est très-lent, très-faible, très-petit, quelquefois même imperceptible; la circulation se fait si mal que les extrémités sont froides, bleuâtres, quelquefois oedématiées. C'est surtout vrai de toutes les variétés de mélancolie qui aboutissent à la stupeur. Dans les mélancolies dépressives passées à la stupeur il y a refroidissement et œdème des extrémités inférieures et supérieures. La respiration est très-ralentie

aussi, les malades ne respirent pas d'une façon appréciable extérieurement, on ne voit pas le soulèvement de la poitrine chez eux, ils respirent d'une manière si incomplète que la respiration n'est pas apparente.

Quelques mélancoliques même sont obligés de suppléer de temps en temps par des soupirs, par des inspirations plus fortes, à l'insuffisance habituelle du mouvement respiratoire. Les soupirs sont un fait très-fréquent dans tout état mélancolique. J'aurai à revenir sur ces différents faits avec plus de détails à propos des diverses variétés de mélancolie, et surtout en vous parlant de la mélancolie avec stupeur, car c'est surtout dans cette variété que tous ces phénomènes existent et sont très-prédominants.

J'ai à vous dire, en terminant, quelques mots de la marche de la mélancolie envisagée en général; la mélancolie a ordinairement une marche très-lente qui a une longue durée. Les accès de mélancolie sont ordinairement beaucoup plus longs que les accès de manie. Tout individu qui est atteint d'un délire mélancolique est certainement atteint, même dans les cas les plus curables, pour plusieurs mois et quelquefois pour plusieurs années;

434

la mélancolie a une marche extrêmement lente et extrêmement monotone.

En général la marche de la mélancolie est à peu près continue, elle est continue au même degré mais plus souvent progressive. Si on compare un mélancolique à ce qu'il était plusieurs mois auparavant, on constate chez lui des différences de degré. Il y a des mélancoliques, par exemple, qui commencent par le premier degré, par la mélancolie sans délire, qui, peu à peu deviennent de plus en plus malades et marchent progressivement vers la stupeur. Les mélancoliques ne sont donc pas semblables à eux-mêmes aux différentes époques de la maladie; si on les compare à plusieurs mois de distance, ils présentent une très-grande différence dans le degré, dans l'intensité de leur maladie, mais cette évolution est très-lente, elle est très-lentement progressive. Il en résulte que d'un jour à l'autre, d'une semaine à l'autre, on ne constate pas de notable différence et c'est ce qui fait croire que la mélan=colie est une maladie essentiellement continue et im=modifiable. Il semble au premier aspect que les mélan=coliques sont toujours les mêmes, qu'une fois atteints d'un délire mélancolique on reste très-long temps dans cet état,

cependant il y a des différences de degré même dans les formes les plus continues. Mais indépendamment de ces formes continues ou des formes paroxistiques, il y a des formes rémittentes, il y a des variétés de mélancolie qui sont extrêmement variables suivant les époques où on les observe, et parmi ces variétés figure au premier rang le délire de persécution. La plupart des mélancoliques atteints d'idées de persécution sont très-différents d'une époque à une autre; le délire est toujours le même, ils ont les mêmes hallucinations, ils ont les mêmes conceptions délirantes, mais les manifestations sont très-différentes suivant que la maladie est en état de paroxisme ou en état de rémission. Il y a des malades qu'on amène dans les asiles d'aliénés en état de paroxisme extrême, qui se croient tourmentés à travers les murailles, qui entendent des voix de plusieurs personnes à la fois, qui sont dans une excitation extrême, qui ne peuvent pas tenir en place, qui sont dans l'état aigu du paroxisme, et ces mêmes malades, trois semaines, un mois après rentrent dans le calme et ils ont toutes les apparences de la raison. Lorsqu'on vient les interroger dans ces conditions, ils dissimulent leur délire, quelquefois ils le nient, et alors l'observation devient très-difficile à

436 prendre. Le malade parle de tous les sujets étrangers à son délire comme un homme raisonnable et il ne se laisse pas aborder sur le terrain de sa maladie, de sorte que dans cet état de rémission, le délire de persécution est très-difficile à constater. Ces variétés de mélancolie sont donc essentiellement rémittentes. Il y a d'autres variétés qui sont intermittentes; il y a des mélancolies intermittentes, comme il existe des manies intermittentes. Il y a des mélancolies s'élevant sous forme d'accès; il y a des malades qui dans leur vie ont deux, trois accès de mélancolie. Il y a des malades, des jeunes gens au moment de la puberté, des femmes avant leur mariage qui ont eu un accès de mélancolie. Ils se marient, ils restent dix ans sans éprouver d'accident, et puis un beau jour ils sont pris d'accès de mélancolie. Cela dure plus ou moins long temps, quelquefois plusieurs années; ils guérissent et dix, vingt ans après cela se reproduit à l'époque critique ou à un age plus avancé. Il y a des malades qui ont deux, trois accès de mélancolie dans le cours de leur vie. Or, ces accès ont le caractère que je vous ai indiqué déjà pour les folies intermittentes, c'est-à-dire qu'ils ont, tous, les

mêmes caractères se reproduisant identiquement les mêmes chez les mêmes individus. Lorsqu'on observe un accès, assez souvent il ressemble au premier, il y a là un caractère qui s'applique aussi bien à la mélancolie qu'à la manie.

D'autres formes de mélancolie sont également intermittentes, surtout parmi les formes de la mélancolie anxieuse, de ces mélancoliques dont je vous parlais, qui ont besoin continuellement de marcher, de remuer, de gémir, de se lamenter; ces malades qui ne peuvent pas tenir en place, qui répètent incessamment les mêmes mouvements, presque toujours sont atteints de formes intermittentes. Seulement les formes intermittentes peuvent avoir une longue durée. Le malade peut être ainsi pendant plusieurs années avant que l'accès n'arrive à sa fin. Ce sont des accès souvent très-longs qui durent trois ou quatre ans et même davantage, même dans les cas où ils guérissent, mais cette forme de mélancolie anxieuse est plus fréquente que les autres.

La mélancolie qui tend à la stupeur au contraire a une marche continue et progressive jusqu'à ce que le malade arrive à la stupeur ou arrive à la guérison. Mais les malades atteints de mélancolie avec stupeur

guérissent souvent, je ne dis pas toujours, mais il y a un assez grand nombre de mélancoliques avec stupeur qui guérissent.

Vous voyez donc déjà, rien que par cet aperçu général sur la marche, qu'il y a trois variétés de mé=:lancolies en quelque sorte, les unes qui sont rémittentes mais qui durent toute la vie; les autres qui sont in=:termittentes et se reproduisent sous forme d'accès; et les autres enfin qui sont continues, progressives et qui tendent à la guérison après un temps plus ou moins long.

Il y a donc trois grandes classes parmi les mélancoliques au point de vue de la marche: les mé=:lancoliques qui guérissent et dont la marche est très-lente; les mélancoliques qui ne guérissent jamais mais qui présentent des périodes de rémission très-prolongée; et enfin les malades qui guérissent sous forme inter=:mittente, c'est-à-dire dont les accès se reproduisent deux, trois fois dans le cours de l'existence.

Or, il est remarquable que ces variétés dans la marche correspondent à certaines variétés dans la forme même de la maladie. C'est ainsi qu'on peut

arriver, dès à présent, malgré l'imperfection de notre science, à quelques variétés vraiment naturelles qu'on peut établir parmi les mélancoliques. Au lieu de se borner à des descriptions générales telles qu'elles existent dans Pinel, dans Esquirol et d'autres auteurs de notre époque, descriptions des mélancoliques qui sont extrêmement vagues et indéterminées, qui s'appliquent à des états très différents, au lieu de se borner à ces descriptions vagues on peut arriver, dès à présent, à plus de précision dans la description. On peut admettre trois catégories de mélancolies: les mélancolies tendant plus ou moins à la dépression ou à la stupeur, qui sont une maladie lente, continue mais curable; les mélancolies au contraire avec idées prédominantes, surtout des idées prédominantes de persécution, qui sont rémittentes, qui ne guérissent presque jamais; et enfin les mélancolies anxieuses avec manifestations extérieures de lamentations, de mouvements et de gémissements, qui ont une forme intermittente, qui se produisent presque toujours sous forme d'accès.

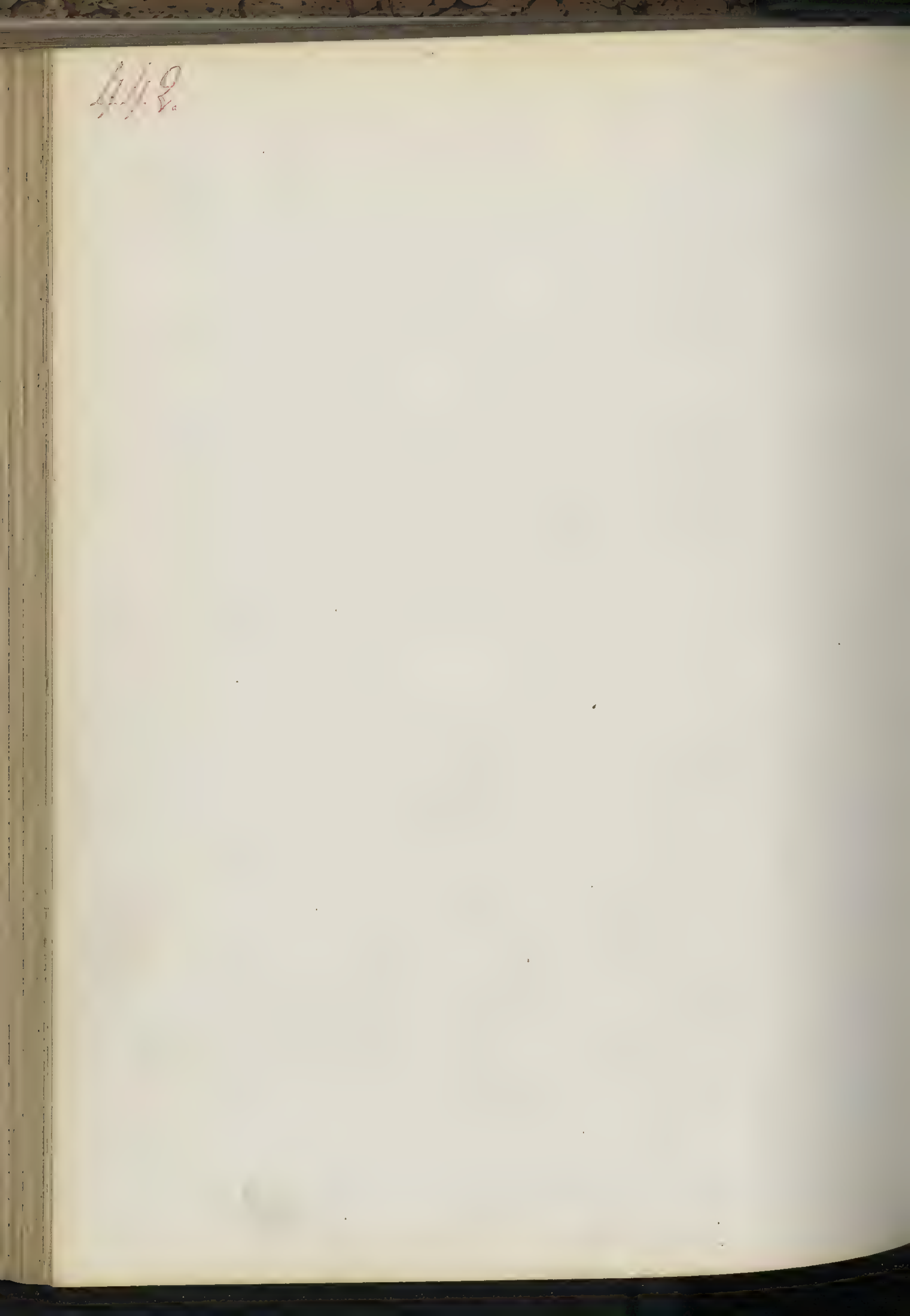
C'est cette classification provisoire encore, mais cependant plus naturelle que les classifications existantes, que nous adopterons dans la prochaine séance pour

décrire les variétés de mélancolie. Au lieu de chercher à distinguer les mélancoliques d'après la nature des idées prédominantes, nous chercherons à les distinguer d'après ces variétés de l'état général : 1ère variété, mélancolie dépressive tendant à la stupeur ; 2e variété, mélan=colie anxieuse se produisant sous forme d'accès ; et 3e variété enfin, mélancolie avec prédominance d'idées tristes mais actives, dont le délire de persécution est le type le plus fréquent, forme de maladie qui est rémittente et qui se produit sous forme de paroxisme et de rémission très-prononcés, et qui ne se guérit presque jamais.

Grâce à cette division générale, je crois que nous pourrons décrire les mélancoliques d'une façon plus clinique, plus pratique qu'on le fait ordinai=rement quand on se borne à distinguer les mélan=coliques selon qu'ils ont des idées religieuses, des idées hypocondriaques des idées de suicide, des idées de persécution, des idées de culpabilité ou de damnation. Ces distinctions sont tout-à-fait artificielles, su=perficielles, et elles ne reposent pas sur une observation vraiment pathologique. Il est bien plus important

de chercher à mettre la marche de la maladie en rapport avec l'ensemble des phénomènes physiques et moraux. C'est ainsi qu'on peut, dès à présent, établir quelques variétés naturelles parmi les mélancoliques.

Dans la prochaine séance nous décrirons ces différentes variétés de mélancolie. Il est probable que je ne pourrai en décrire que deux et que je serai obligé de remettre même le délire de persécution pour une 3.e séance.



16e Leçon

13 Janvier 1877.

Messieurs,

J'ai à vous parler aujourd'hui des variétés de la mélancolie.

Dans la dernière séance nous avons étudié la mélancolie en général, la mélancolie telle qu'on l'étudie habituellement, dans ses caractères communs, dans ses caractères généraux, telle qu'elle est décrite dans la plupart des ouvrages sur l'aliénation mentale. Mais cette description tout-à-fait générale est beaucoup trop vague pour s'appliquer à chacun des cas particuliers. Les mélancoliques sont extrêmement nombreux; il y en

et non-seulement beaucoup dans les asiles d'aliénés, mais il y en beaucoup dans les familles, dans le monde. La mélancolie est une maladie assez fréquente et qui présente des formes très-diverses. Il ne suffit donc pas de décrire la mélancolie en général pour avoir une idée exacte des malades tels qu'ils sont dans la nature. Il faut établir des catégories. Les catégories ont été faites jusqu'à présent, comme je vous l'ai dit plusieurs fois, d'après les idées prédominantes. On a admis la mélancolie religieuse; la mélancolie érotique, la mélancolie orgueilleuse, (je crois que ces deux mots ne se rencontrent pas souvent ensemble), la mélancolie mystique, la démonomanie, c'est-à-dire la mélancolie avec prédominance d'idées de possession par le diable, la mélancolie de suicide; on a divisé d'après les idées prédominantes, d'après les actes, la mélancolie incendiaire, la mélancolie homicide; on a divisé la mélancolie comme les monomanies, d'après les actes principaux et d'après les idées et les sentiments prédominants, mais ces divisions sont tout-à-fait artificielles. Il est impossible de faire une description de maladies basées sur ces premières données. La mélancolie

religieuse, qui est une des plus fréquentes, ne présente pas elle-même de caractères particuliers, de marques qui puissent être étudiés et qui puissent être mis en rapport soit avec le diagnostic, soit avec le pronostic. Il faut donc chercher ailleurs des bases de division, et nous ne pouvons les chercher dans d'autres points, nous ne pouvons les chercher ailleurs que dans l'état général, comme je vous l'ai déjà dit plusieurs fois; ce qui importe dans les aliénations partielles, c'est de distinguer le fond en état général des idées prédominantes qui peuvent varier selon les époques sociales, suivant le milieu où vivent les malades, suivant leurs habitudes intellectuelles, leur éducation; et le fond néanmoins reste le même. Il faut donc tâcher, pour se rapprocher d'une classification naturelle, en attendant qu'on ait découvert de véritables types incontestables et incontestés, il faut, pour le moment, se baser sur l'état général plutôt que sur les idées prédominantes.

Partant de ce principe, nous allons admettre trois espèces de mélancolies, des variétés de la mélancolie: la mélancolie anxieuse, c'est-à-dire la mélancolie dans laquelle les idées tristes reposent sur un fond général

d'anxiété. Le mot anxiété est celui qui représente le mieux, par sa généralité, cet état, ce fond de mélancolie qui le distingue des autres variétés. Que veut dire, en effet, le mot anxiété ? Il veut dire que les malades ont besoin de manifester extérieurement leur tristesse intérieure. Tandis que la plupart des mélancoliques, les mélancoliques comme on les a décrits généralement, sont des êtres inertes, des être immobiles, des êtres inactifs, les mélancoliques anxieux au contraire sont bien dominés par des idées tristes, mais ils ont des manifestations extérieures ; ce sont, si on pouvait ainsi parler, des mélancoliques agités, ce sont des mélancoliques avec manifestations extérieures plus ou moins tumultueuses, plus ou moins bruyantes. C'est donc là une première variété de la mélancolie ; ce sont des mélancoliques qui, au lieu de se taire, au lieu de rester immobiles, ont besoin de se plaindre, ont besoin de parler, ont besoin d'agir.

La seconde variété c'est la mélancolie dépressive à divers degrés et aboutissant en définitive à la stupeur. Les malades atteints de cette seconde forme de mélancolie sont les mélancoliques inertes, les mélancoliques affaissés, anéantis, les mélancoliques immobiles. C'est la seconde

catégorie.

La troisième catégorie de mélancoliques ce sont les mélancoliques que l'on peut appeler actifs, qui diffèrent des précédents en ce sens qu'ils agissent beaucoup, et ils diffèrent de la première catégorie en ce sens que leurs actions ont un but, un but déterminé. Ces mélancoliques ont été appelés également des monomanes tristes. C'est un mot employé par M. Baillarger qui a distingué les mélan=-coliques en deux classes ; au lieu d'en admettre trois, il en a admis deux : les mélancoliques à forme dépressive et les mélancoliques actifs ou monomanes tristes, c'est-à-dire des individus dont le délire est triste, mais dont le délire est porté en acte, s'accompagne, comme dans les autres monomanes, d'une activité extérieure. Ce sont des malades, par exemple, qui parlent beaucoup, qui expriment leurs idées tristes, qui se plaignent, qui accusent, comme les persécutés, qui accusent des ennemis qui les poursuivent, qui cherchent à agir et qui agissent en conséquence de leur délire, qui agissent avec un but et d'une manière déterminée et avec des résultats possibles, avec des actes en rapport avec leur délire. Voilà donc les trois catégories de mélancoliques que nous allons étudier successivement.

Avant de commencer l'étude des mélancoliques anxieux, il importe de dire quelques mots d'une névrose qui se rattache souvent à cette forme de maladie mentale : je veux parler de l'hypocondrie. L'hypocondrie est une maladie nerveuse spéciale, dont les anciens plaçaient le siège dans le système nerveux ou dans l'abdomen, dans le système nerveux général ou dans les organes sous-diaphragmatiques, et dont les modernes au contraire placent le siège exclusivement dans le cerveau. Depuis le commencement du siècle on a réagi contre la doctrine des anciens qui plaçaient l'hypocondrie dans les organes sous-diaphragmatiques, et l'école de Pinel et d'Esquirol, ainsi que l'école de Gall, a démontré que l'hypocondrie était toujours une névrose cérébrale. Aujourd'hui on tend à revenir de cette opinion exclusive, on tend à admettre deux espèces d'hypocondrie, l'hypocondrie névrose et l'hypocondrie, maladie mentale ; l'hypocondrie névrose, maladie générale, qui a son siège dans le système nerveux périphérique ou dans le système ganglionnaire, et l'hypocondrie, maladie mentale, qui serait mieux appelée en la désignant sous le nom de nosomanie, c'est-à-dire maladie consistant à se

croire malade alors qu'on n'a pas de maladie grave, de maladie organique. Quoi qu'il en soit, ces deux variétés d'hypocondrie se touchent de très-près et se lient souvent même chez les mêmes individus. Il faut distinguer, pour comprendre bien l'hypocondrie, il faut distinguer l'hypocondrie névrose de l'hypocondrie, maladie mentale. Ce sont quelquefois deux périodes dans le même état, quelquefois deux périodes distinctes et qui n'arrivent pas chez les mêmes individus. Vous savez ce que sont les hypocondriaques; ce sont des malades qui souffrent physiquement, qui ont des douleurs nerveuses dans toutes les parties du corps; ce ne sont pas des malades imaginaires, comme on le dit très-souvent, expression qui révolte ces malades, ce sont des malades atteints d'une maladie nerveuse véritable, c'est-à-dire que leur système nerveux est souffrant d'une maladie incontestable, ils éprouvent du malaise, de véritables souffrances dans la tête; ils ont des sensations de compression dans la tête, ils ont la tête serrée comme dans un étau; d'autres fois leur tête leur semble vide et légère; dans d'autres cas ils croient que leur tête est de plomb; ils ont des sensations très-variées dans la tête comme dans les autres organes; c'est du côté de l'abdomen

 surtout que se manifestent les symptômes nerveux hypocondriaques; ils ont des troubles dans la digestion; ils ont de la voracité ou de l'inappétence; tantôt ils ont grand appétit, tantôt ils ne peuvent pas manger, ils ont le dégoût des aliments; ils ont souvent des gaz dé=terminant des tympanites dans l'abdomen. Ce ne sont donc pas seulement des malades imaginaires, ils ont des sensations extrêmement nombreuses dans toutes les parties du corps, sensations qui sont très-pénibles, douloureuses; le malade ne peut pas se soustraire à la domination de ces impressions, il est incessamment sous le coup de ces impressions douloureuses, et il est incapable d'avoir d'autres préoccupations. L'hypocondrie est tellement douloureuse qu'elle absorbe tout-à-fait le malade; c'est pourquoi il ne cesse de lire des ouvrages de médecine pour étudier sa maladie et tâcher de découvrir des remèdes; il ne cesse d'aller consulter les médecins, passant de l'un à l'autre; recherchant les consultations des médecins et cherchant toujours à y trouver à redire et à les critiquer et à les remplacer par d'autres. L'hypocondriaque, en un mot, passe sa vie à étudier les ouvrages de médecine, à étudier ses propres sensations et à demander

de conseils. Ceci démontre que ces malades sont mal=
=heureux et ont des sensations extrêmement douloureuses.
Il y a là un trouble de la sensibilité générale qui n'est pas
contestable pour un médecin qui observe sérieusement.
C'est donc un grand tort de dire aux hypocondriaques :
vous n'avez aucune maladie, vous n'avez rien, vous êtes
un malade imaginaire, chassez vos idées et vous serez +
guéri ; c'est-là une grande erreur, c'est le raisonnement
des gens du monde, mais ce ne peut pas être le raisonnement
des médecins.

Les hypocondriaques font porter leurs préoccupa=
=tions tantôt sur un organe, tantôt sur un autre ; tantôt
sur le poumon, tantôt sur le coeur, tantôt sur d'autres
organes. Il y a des malades qui se croient poitrinaires ;
il y a des malades qui croient avoir une maladie de coeur
ou des autres organes. Il y a des malades qui s'imaginent
avoir la syphilis, qui ont, comme on a dit, la syphilio=
=fobie ; pendant des années ils cherchent des remèdes contre
la syphilis. Après avoir usé les mercuriaux, l'iodure de
potassium et tous les moyens connus, ils cherchent chez
les charlatans des ressources qu'ils n'ont pas trouvées
chez les médecins.

L'hypocondrie revêt donc des formes diverses au point de vue des organes que le malade croit atteints, mais le fond est toujours le même. Les maladies nerveuses s'accompagnent de sensations douloureuses dans toutes les parties du corps. Voilà la base : l'hypocondrie, maladie générale.

Mais là-dessus peut venir se greffer l'hypo=condrie, maladie mentale.

Il y a des malades chez lesquels l'hypocondrie ne s'arrête pas à ce premier degré et passe à une véritable mélancolie. Ces malades passent d'une forme à l'autre insensiblement, par degrés progressifs, d'une façon tout-à-fait inaperçue et en général par un procédé intel=lectuel qui est toujours le même. Ils commencent par constater, par analyser leurs douleurs, ils emploient même un vocabulaire complet qui est propre aux hypocondriaques; ne trouvant pas dans le langage ordinaire des mots correspondant à leurs sensations, ils cherchent à en inventer, ou bien ils détournent certains mots de leur sens naturel, pour exprimer leurs sensations, mais peu à peu, au lieu d'attribuer ces sensations à un état maladif, soit à une lésion

organique, soit à un état maladif quelconque, ils finissent par se demander si ces sensations ne seraient pas dues à une influence étrangère, si, par hasard ils n'auraient pas été victimes d'un empoisonnement, soit par une substance délétère, soit par une main mystérieuse, par une main inconnue. Et voilà comment les hypocon=
=driaques passent insensiblement de l'hypocondrie souvent au délire de persécution. Il y a un certain nombre de malades qui commencent par être hypocondriaques, qui, peu à peu, arrivent au délire de persécution. Ils interprètent leurs sensations, et ils les interprètent dans le sens du délire comme les aliénés; ils se croient, selon les époques, persécutés par la police, par le diable; ils se croient empoisonnés ou soumis à une influence mystérieuse. Ils arrivent ainsi à la période d'inter=
=prétation du délire de persécution dont je vous parlerai dans la prochaine séance.

Mais il en est d'autres qui, au lieu de tourner à cette forme, il en est d'autres qui tournent au contraire à la mélancolie anxieuse. Ces malades se préoccupent de la cause qui peut déterminer ces sensations, et alors ils finissent, comme les autres mélancoliques dont je parlais

451. tout à l'heure, par accuser des influences extérieures, des influences délétères, et ils arrivent souvent à l'idée d'empoisonnement. On met dans leurs aliments des substances nuisibles, des substances imperceptibles, en petite quantité, mais qui, par leur action continue et successive, finissent par altérer leur santé. Alors ces malades, avec idées de mélancolie, arrivent à l'état de mélancolie anxieuse comme état général, c'est-à-dire qu'au lieu d'être, comme les persécutés, mélancoliques actifs, mélancoliques remuants qui se plaignent, ils arrivent à l'anxiété, à l'état de désespoir, de découragement, à un état de préoccupation pénible, incessante, qui se manifeste par des lamentations, par des gémissements, par une anxiété de tous les instants, de sorte que la mélancolie anxieuse dont je vais vous parler débute souvent, comme le délire de persécution, par l'hypocondrie. C'est en cela que M. Morel a eu raison, dans son traité, de considérer souvent la mélancolie comme une conséquence dernière de l'hypocondrie. Il y a des hypocondriaques qui commencent par être simplement névrosés et qui arrivent peu à peu à la mélancolie soit sous forme anxieuse, soit sous forme de délire de persécution.

C'était un point important à signaler avant d'aborder la mélancolie anxieuse.

La mélancolie anxieuse peut se produire spontanément également sans passer par la voie de l'hypocondrie. Alors elle est presque toujours intermittente, c'est-à-dire qu'elle revient plusieurs fois dans le cours de la vie sous forme d'accès. La plupart des malades à forme anxieuse ont plusieurs accès semblables dans le cours de leur existence. Ces malades commencent, comme tous les mélancoliques, par tomber peu à peu ou assez rapidement dans un état de tristesse sans motif, de tristesse vague. C'est-là le premier symptôme : ces malades sont malheureux, ils s'ennuient, ils sont tristes, sans savoir pourquoi. Ils ont conscience de leur délire à cette première période, et la conscience de son état est le caractère capital, très-important dans la mélancolie anxieuse. La plupart des mélancoliques anxieux sont conscients de leur état au moins pendant la première période ; ces malades assistent en quelque sorte à la naissance de leur maladie et à l'évolution successive de leur maladie ; ils s'analysent eux-mêmes comme les hypocondriaques ; ils se sentent envahis par une

456. série d'idées tristes, involontaires, automatiques qu'ils ne peuvent pas chasser. Il s'établit chez eux une lutte des plus pénibles, lutte des plus incessantes, des plus continues. Cette lutte a été très-bien étudiée par les auteurs religieux au point de vue du scrupule religieux. Il y a des casuistes, des auteurs mystiques qui ont parfaitement étudié certains de ces malades à cette première période. Il y a entre autres un travail fait par un moine espagnol, intitulé: "De la Paix intérieure", un ouvrage religieux dans lequel ces états sont parfaitement décrits au point de vue du confesseur, du religieux.

Ces malades se préoccupent eux-mêmes de ces séries d'idées pénibles qui surviennent involontairement dans leur esprit; ils reconnaissent qu'elles sont fausses, inexactes, exagérées; ils s'accusent eux-mêmes de crimes qu'ils savent ne pas avoir commis, et cependant ils ne peuvent pas repousser ces idées; il y a ce combat intérieur sur lequel les théologiens ont souvent insisté, à savoir que dans l'âme humaine surgissent des idées involontaires, que la volonté ne parvient pas à réprimer, ce qui a fait dire que dans

ce cas on n'était pas responsable de la naissance spontanée des idées, qu'on n'était responsable que de la part de volonté qu'on y apportait. C'est un principe en théologie que chacun n'est responsable que lorsqu'il s'arrête volontairement à une idée ou à une série d'idées, au lieu de chercher à les repousser, mais que l'homme n'est pas responsable de la spontanéité des idées qui surgissent involontairement dans sa tête.

Eh bien ! ce qui est vrai de l'état normal, l'est bien plus encore de l'état pathologique, dans lequel l'homme est dédoublé, il y a deux personnalités : il y a d'une part la personnalité morbide, la personnalité automatique dans laquelle surgissent involontairement des idées, des penchants tout-à-fait inconnus jusqu'alors et que le malade ne peut pas parvenir à repousser ; il y a d'autre part la personnalité saine qui persiste et qui cherche à combattre cette invasion des idées maladives. Il y a une lutte intérieure des plus pénibles, dont les malades vous rendent compte avec beaucoup de détails et d'une façon très-intéressante. Il y a même de ces malades très-intelligents et qui vous rendent compte de cette lutte intérieure qui dure quelquefois plusieurs mois, quelquefois

davantage. Les malades ne peuvent pas chasser ces idées, ces idées les obsèdent, ils sont soumis à une sorte d'automatisme, ils sont obsédés par des idées pénibles, involontaires, ils ne peuvent pas les chasser, s'en débarrasser.

Or, ce qui est vrai des idées, l'est également des sentiments et des impulsions. Il y a des malades du même genre qui ont conscience de leur état au même degré et qui, au lieu d'être envahis par des idées fausses, sont envahis par des impulsions involontaires, ils se sentent poussés à faire mal, à frapper, à briser, à dire des injures; ils se sentent poussés à faire des actes mauvais et répréhensibles, qu'ils connaissent eux-mêmes être des actes mauvais et qu'ils ne peuvent pas empêcher, contre lesquels ils ne peuvent pas lutter; il arrive alors une situation morale des plus pénibles et qui est très fréquente dans cette mélancolie avec conscience; les malades reconnaissent la fausseté de ces idées ou ils reconnaissent ce qu'il y a de mauvais et de criminel dans les penchants qui surgissent dans leur esprit; mais tout en le reconnaissant et tout en ayant horreur, ils ne peuvent pas s'empêcher de les éprouver. Alors ils s'accusent eux-

-mêmes, ils s'accusent d'avoir des idées atroces, des idées épouvantables, de vouloir tuer leur père, leur mère, leurs enfants, d'avoir des idées épouvantables, d'avoir des idées qui ne devraient pas naître chez des personnes honnêtes; ils sont effrayés eux-mêmes, horrifiés comme ils le disent de ces idées épouvantables qui surgissent en eux, et ils ne peuvent pas les chasser. Il y a là un phénomène analogue à celui qui existe dans le vertige physique au point de vue du précipice; quand on est placé sur une tour élevée, ou à une fenêtre très-élevée, ou sur le haut d'un pont, au bord d'un précipice, les personnes qui sont atteintes du vertige, c'est un phénomène assez fréquent, ces personnes ont horreur, elles ont peur du vide, elles ont crainte de se précipiter, crainte de tomber et cette crainte est tellement forte qu'elles se sentent en quelque sorte attirées par le précipice qu'elles redoutent. Eh bien! cette même situation tout-à-fait instinctive, involontaire qui existe physiquement dans le vertige, existe moralement dans ces mélancolies avec conscience. Les malades qui ont cette mélancolie avec conscience de leur état, se sentent attirés malgré eux vers l'acte ou vers l'idée qu'ils repoussent, ils ont horreur du crime qu'ils sont portés à commettre, ils ont horreur de

l'idée de tuer leur père, leur mère, leur femme, leurs enfants, ils sont révoltés à cette pensée, et cependant ils se sentent poussés malgré eux à l'accomplir avec d'autant plus de violence qu'ils en ont une plus grande terreur. Il y a une sorte d'action et de réaction, d'attraction et de répulsion, qui est une loi du monde moral comme du monde physique; de même que dans l'électricité il y a action et réaction, le pôle positif et le pôle négatif, de même dans le monde moral au point de vue des idées et des penchants il y a cette même loi morale, à savoir qu'on est d'autant plus attiré vers une chose qu'on la redoute davantage. C'est une loi physiologique mais qui se rencontre dans cet état pathologique. Les malades vous rendent compte, d'une façon navrante, de leur situation morale dans laquelle ils sont pendant des mois et pendant des années.*

Ce premier degré de mélancolie anxieuse peut recevoir le nom de mélancolie avec conscience de son état, c'est une variété en quelque sorte dans l'espèce, mais ce n'est pas la variété la plus habituelle. La variété la plus habituelle a des manifestations extérieures plus bruyantes et plus délirantes; la variété la plus habituelle

est celle à laquelle M. Morel a donné le nom de gémisseurs. Ce sont des malades qui ont besoin de gémir, besoin de se plaindre. Ils ne peuvent pas rester en place, ils ne peuvent pas s'asseoir ; lorsqu'ils sont assis un instant, ils éprouvent immédiatement le besoin de se lever et de se promener de long en large comme des âmes en peine ; ces malades passent des heures entières dans cette attitude, dans une chambre ou dans une salle, se promenant de long en large sans jamais ressentir le sentiment de la fatigue et sans jamais éprouver le besoin de s'asseoir ou de se reposer ou de s'arrêter. C'est le contraire des autres mélancoliques. Comme les autres mélancoliques ils ont des idées religieuses, des idées de persécution, des idées de culpabilité ; sous le rapport des idées dominantes, ils se rapprochent des autres mélancoliques, mais au point de vue de l'état général, ils sont complètement différents. Ils ont besoin de se remuer, d'agir et de parler, de répéter les mêmes mots, les mêmes phrases, les mêmes expressions et les mêmes gestes, les mêmes gémissements et les mêmes lamentations. Lorsqu'on a vu ces malades pendant un quart d'heure, une demi-heure, on les a vus en quelque sorte pendant tout leur accès. Ce sont exactement les mêmes avec de simples différences de degré. Il y a des moments où sous le poids de

462 la fatigue, ils peuvent s'arrêter momentanément, mais ces moments sont très-courts, et ils ne tardent pas à recommencer leur mouvement perpétuel; et alors même qu'on les maintient au lit malgré eux, ils continuent non pas à marcher mais à gémir et à se lamenter, soit à voix basse, soit d'une manière plus intense et plus bruyante. Le degré diffère dans les manifestations, mais les actes sont les mêmes. Ces malades ont besoin de gémir, de se lamenter, de se plaindre, de répéter incessamment les mêmes phrases, les mêmes mots, les mêmes idées, ils ne sortent pas d'un cercle très-restreint d'idées, leur délire est extrêmement partiel. Si on parvient à les faire parler sur d'autres sujets, on voit qu'ils n'ont pas perdu l'intelligence, qu'ils sont des mélancoliques et non pas des déments, mais dans l'état habituel, ils répètent les mêmes choses, les mêmes phrases absolument comme s'ils avaient perdu l'état d'intelligence. Ce sont des mélancoliques anxieux.

Cet état est important à distinguer des autres formes mélancoliques; à plusieurs points de vue, surtout au point de vue de la marche. Ces malades ont une maladie dont la marche est à peu près continue, sauf des différences de degré assez légères, elle dure très-long temps de

la même façon, avec les mêmes manifestations. Toutes les fois qu'un malade présente franchement cette forme de mélan=colie anxieuse, il la présente pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années. Mais d'autre part, après avoir présenté cette forme pendant longtemps le malade est curable, le malade guérit et il guérit très-rapidement. Après un très-long temps passé dans cet état de mélancolie anxieuse, avec toutes les apparences de l'incurabilité, ces mé=lancoliques peuvent, en huit jours, quinze jours revenir à l'état normal, quelquefois plus vite : il semble alors qu'ils sortent d'un rêve, d'un cauchemar, qu'un voile leur tombe des yeux, ils rentrent dans la vie générale de l'humanité. Sous ce rapport la mélancolie anxieuse ou mélancolie intermittente présente les mêmes caractères que je vous ai déjà indiqués pour la manie intermittente : l'invasion a été rapide, la maladie a présenté les mêmes caractères pendant toute la durée, et lorsque survient la guérison, elle est rapide, et survient comme si on sortait d'un rêve, comme si une toile tombait de devant les yeux d'une façon rapide, instantanée, comme quand on sort d'un cauchemar.

Il y a également quelques caractères physiques en rapport avec cet état mental. Le principal de ces caractères,

consiste en tremblements plus ou moins généraux, tremblements des membres qui reviennent comme par accès. La plupart des malades, des mélancoliques anxieux ont des phénomènes choréiformes, sous forme d'accès, qui représentent quelquefois un tremblement plus intense que le tremblement alcoolique, mais c'est un tremblement général de tout le corps, des espèces de spasme, de mouvements involontaires qui durent quelquefois longtemps et qui peuvent rester longtemps sans se reproduire.

Il y a également, dans les troubles physiques, des troubles de la digestion, il y a certains de ces malades qui refusent les aliments, avec lesquels on est obligé d'employer la sonde oesophagienne et qui cherchent à se détruire par le refus absolu des aliments.

Il y a dans la mélancolie anxieuse des caractères généraux qui peuvent s'appliquer à toutes les mélancolies. Mais ce qui la distingue c'est le besoin de se plaindre, de se lamenter, de gémir, et ce qui la distingue encore c'est la curabilité plus grande et sa reproduction fréquente sous forme d'accès. C'est une maladie curable, mais c'est une maladie intermittente, dans la plupart des cas, à long intervalle ; il peut y avoir dix, douze ans d'intervalle entre plusieurs accès.

M. le docteur Morel, à la suite de l'invasion, en 1871 ou 1872, a publié, dans les Annales, un mémoire sur les aliénés gémisseurs, et il a signalé des observations qu'il avait faites pendant le siège et la guerre sur des malades qui présentaient cette forme de mélancolie et dont plusieurs ont guéri. Cela vient à l'appui de ce principe général que cette forme est curable, et qu'elle est curable après un long temps de maladie. Je pourrais insister beaucoup plus sur cette forme de maladie et surtout de mélancolie avec conscience, mais je suis obligé de passer outre pour arriver à la seconde forme qui mérite de nous arrêter plus longtemps, c'est la mélancolie dépressive aboutissant plus ou moins à la stupeur.

Le fond de cette mélancolie c'est l'inertie, c'est la prostration de toutes les forces physiques et morales. Les malades se sentent faibles, impuissants à agir, ils ont besoin de repos, besoin de repos poussé tellement loin que quelquefois non-seulement ils restent assis, mais ils gardent le lit; lorsque ces malades sont abandonnés à eux-mêmes dans les familles, lorsqu'ils ne sont pas soumis à la règle d'un asile d'aliénés, on les trouve presque toujours au lit, ils s'enferment dans leur chambre, et ils ne veulent voir personne et ils restent au lit pendant un temps souvent

très long.

Cette prostration physique est quelquefois le phénomène dominant de la maladie et constitue alors ce qu'on a appelé la mélancolie sans délire. Il y a des malades qui présentent seulement cet affaissement de toutes les facultés, ils sont tristes sans savoir pourquoi, ils se sentent malheureux, ils souffrent moralement, ils ont le dégoût de la vie, quelquefois une tendance au suicide par suite de cet ennui, de ce <u>tædium vitæ</u>, mais ils n'ont pas d'idées délirantes déterminées. Il y en a quelques-uns dans lesquels on ne découvre aucune des idées dominantes qui sont habituelles chez les mélancoliques. Ils sont simplement tristes, ils ont ce que M. Baillarger a appelé la mélancolie générale sans idée prédominante. Or, cette variété qui est très-fréquente se rencontre très-souvent comme période de la folie à double forme ou folie circulaire. Dans cette folie circulaire dont j'ai déjà décrit la période d'excitation, l'autre période de mélancolie se présente presque toujours sous forme de mélancolie dépressive simple, sans conceptions délirantes déterminées. Dans la folie à double forme la période est dépressive, les malades sont fatigués, immobiles, ils restent assis, ils

ne parlent pas, ils profèrent à peine quelques paroles, ils ne répondent pas quand on leur parle, ils restent dans la même attitude, ils ne lèvent pas la tête, ils ont les yeux baissés, ils sont dans l'immobilité physiquement et moralement, et cependant ils entendent tout ce qu'on dit autour d'eux et ils assistent à la vie du monde extérieur, et la preuve c'est que quand ils reviennent à la période d'excitation, ils racontent parfaitement tout ce qui s'est passé pendant leur période de torpeur; ils ont l'air de dormir, de sommeiller, mais leur esprit veille et ils assistent à toutes les choses du dehors. C'est à ce degré que se trouve la mélancolie, dans la folie circulaire; cette mélancolie dure souvent très-long temps, plus long temps que dans la période maniaque; dans la folie circulaire, la mélancolie est plus longue que dans la période maniaque. Cet état de dépression simple se rencontre dans d'autres formes de maladies mentales; on peut l'observer dans d'autres formes que dans la folie circulaire. Cette forme se présente souvent, à l'âge critique, surtout chez les femmes; il y a un certain nombre de femmes qu'on enferme dans les asiles d'aliénés et qui présentent cet état particulier auquel on a donné le nom de mélancolie sans délire, c'est-à-dire mélancolie dépressive simple. A l'âge critique, les femmes tombent dans la tristesse,

elles se croient incapables de tout, elles abandonnent les soins du ménage, elles cessent de faire des visites, de s'occuper de l'intérieur, elles restent dans leur chambre, dans leur lit, dans l'inaction la plus complète, sans idée, sans mouvement, sans proférer aucune parole, refusant les aliments mais sans manifestation délirante accentuée.

Cet état peut durer plusieurs mois et même davantage et guérir, la malade revenir à elle-même après un accès plus ou moins prolongé de mélancolie dépressive.

Mais dans d'autres cas la mélancolie dépressive ne reste pas à ce degré, ce n'est qu'une période de la mélancolie avec stupeur, laquelle n'est qu'un degré de plus de la dépression; il y a des malades qui après avoir passé par cette première phase de mélancolie dépressive arrivent peu à peu à une véritable stupeur, à une stupeur tellement prononcée qu'on a cru à la suppression, en quelques cas, de l'intelligence, à la suspension de l'intelligence.

La mélancolie avec stupeur a été très-étudiée, elle a été l'objet de beaucoup de travaux, soit en France, soit à l'étranger. Elle était connue même chez les anciens et elle a été très-étudiée par les modernes. La mélancolie avec stupeur se produit dans des conditions très-diverses; elle

a lieu, comme je viens de vous le dire, à la suite des mélancolies dépressives, mais elle se produit souvent dans d'autres conditions; elle est fréquemment la conséquence d'une maladie générale, d'une maladie physique, de la fièvre typhoïde, de maladies intermédiaires, de fièvres des pays chauds, ou autres maladies générales; d'autres fois elle est la conséquence d'un état anémique ou d'une grande perdition sanguine, d'une grande perdition nerveuse; à la suite de grandes fatigues, de grands excès, de grandes épreuves, à la suite d'une situation extrêmement difficile et longtemps prolongée, on tombe dans la stupeur par suite de déperdition de forces nerveuses ou de forces sanguines.

Dans d'autres cas la mélancolie avec stupeur survient plus rapidement à la suite d'une cause morale très-vive, (comme l'épilepsie), à la suite d'une terreur, d'une frayeur très-intense, d'une émotion très-vive; on a vu cette mélancolie se produire à la suite d'une joie excessive, de même qu'à la suite d'une terreur panique; c'est comme dans l'épilepsie qui succède à une cause rapide, instantanée. Vous voyez que les causes sont très-diverses, mais quelle que soit la cause en général il y a une première période qui ressemble à l'état maniaque, une période d'excitation, et il importe beaucoup de savoir ce fait, il y a des malades

qu'on observe dans les asiles d'aliénés qui sont atteints de stupeur, qui ont commencé par une période maniaque, par une période d'excitation ; de même que dans une autre leçon, je vous disais que beaucoup de manies débutaient par la mélancolie, il y a des mélancolies qui débutent par la manie. Il y a de ces malades qui ont été agités et considérés comme maniaques ; l'état de stupeur a été consécutif à l'état de maladie mentale sous forme générale ; dans d'autres cas, la stupeur succède à une névrose, à l'hystérie, à l'épilepsie ; il y a des épileptiques et surtout des hystériques qui arrivent à la stupeur. En parlant de l'hystérie, j'ai dit que M. Morel avait observé que certaines jeunes filles, après avoir été maniaques, jeunes filles, tombaient dans la stupeur qui est très-grave.

La mélancolie avec stupeur a donc des origines diverses, mais une fois caractérisée, une fois installée, elle a des caractères constants et presque toujours les mêmes. Le premier de ces caractères, c'est l'immobilité. Les malades qui sont dans la stupeur ne font pas un seul mouvement volontaire ou en font très-peu. On est obligé de les habiller comme des enfants ; on est obligé de les nourrir en leur introduisant les aliments dans la bouche ; on est obligé

de les soigner comme des enfants au maillot, de les sortir du lit, de les habiller, de veiller pour eux à tous les soins de propreté. L'individu est comme transformé en statue, comme pétrifié; non-seulement il ne parle pas, mais il n'agit pas. Les mouvements volontaires sont presque nuls ou du moins très-peu nombreux. C'est-là le degré le plus prononcé de la stupeur.

Mais il y a des degrés intermédiaires. Il y a des malades qui tout en ne parlant pas, tout en n'agissant pas, font néanmoins certains mouvements. Dans les asiles d'aliénés on trouve divers degrés de stupeur correspondant à ces diverses étapes, en quelque sorte, dans la maladie. On a cru pendant longtemps que cet état extérieur d'inertie et d'immobilité comportait une absence complète d'activité intellectuelle; les malades ne manifestant rien on a cru qu'ils ne pensaient pas, que le travail de la pensée était complètement immobile chez eux et qu'ils étaient arrivés à une sorte d'idiotisme accidentel. Ce n'est pas exact. M. Baillarger dans un mémoire sur la stupidité, publié en 1843, a démontré le contraire. Il s'est appuyé pour cela sur trois ordres de preuves, d'abord sur les paroles, sur les actes auxquels ces malades se livrent de temps en temps.

472. Lorsqu'on observe ces aliénés dans les asiles attentivement pendant le jour et la nuit, qu'on les suit pendant longtemps, on s'aperçoit qu'il y a des moments où ces malades si immobiles et si silencieux ont néanmoins des manifestations inattendues, il y a des malades de ce genre qui sont ordinairement assis dans un coin, la tête baissée, sans mouvement et qui tout-à-coup se lèvent pour prendre un verre, un objet, pour prendre un couteau, frapper une personne présente, s'emparer d'un bâton et se livrer à des actes violents ou prononcer quelques paroles. Or, si on est présent à cette manifestation, on constate que ces paroles, que ces actes, expriment presque toujours des préoccupations pénibles, des préoccupations terrifiantes; ces malades sont des mélancoliques et des mélancoliques terrorisés qui sont sous l'empire de la crainte, de la frayeur, et réagissent violemment soit contre les personnes, soit contre les objets inanimés. On a vu des malades accomplir des tentatives même de suicide dans ces conditions, alors qu'ils paraissaient incapables de mouvement rationnel ou réfléchi. Ils sont capables de se tuer, de tuer alors qu'ils paraissent inertes et réduits à l'état de stupidité absolue. Il importe beaucoup au point de vue

de la surveillance de connaître ces manifestations inattendues et subites des aliénés avec stupeur. M. Baillarger fait observer avec raison que ces actes et ces paroles survenaient surtout chez les femmes à l'époque des règles. Il y a des malades qui, à l'époque de la menstruation, manifestent des actes violents, instantanés, alors que pendant le reste de l'existence, elles sont tout-à-fait inertes et incapables d'agir. Mais même chez les hommes on observe les mêmes faits en dehors de cette cause occasionnelle particulière.

M. Baillarger a tiré un autre ordre de preuves et plus important de l'examen des convalescents. Cette maladie est assez curable. Les malades qui sont en voie de guérison peuvent quelquefois raconter ce qu'ils ont éprouvé pendant leur maladie, et assez souvent ils ont conservé un souvenir assez exact de leur état pour pouvoir en rendre compte au moins d'une manière générale. Tous ces malades racontent que pendant qu'ils paraissaient immobilisés et incapables de penser, ils étaient immobilisés par la terreur, par les craintes par les conceptions délirantes et par les hallucinations qui les dominaient, de sorte que l'immobilité était le fait apparent, mais que la cause était extrêmement variable. Les malades n'étaient immobiles, comme pétrifiés, momifiés,

474 mais en vertu d'une cause psychique, en vertu d'une idée, en vertu d'hallucinations; ils racontent qu'ils voyaient des fantômes, des spectres, qu'ils croyaient entendre des voix effrayantes, qu'ils se croyaient en butte à des persécutions atroces, qu'ils entendaient la voix du diable, qu'ils entendaient des voix effrayantes qui les obligeaient à l'immobilité et qui les terrorisaient; dans d'autres cas ils se croyaient transportés dans un monde imaginaire; ils se croyaient en enfer, dans une île déserte, dans un pays inconnu ou dans des situations extrêmement périlleuses, perdus dans des grottes, au milieu des catacombes, dans des situations atroces et effrayantes, ne tenant aucun compte du monde réel qui les entourait, ou des lieux où ils étaient. Presque tous les malades atteints de mélancolie avec stupeur ont un délire intérieur et d'une nature mélancolique; ce ne sont donc pas des malades atteints de stupidité, mais ce sont des mélancoliques avec stupeur; il y a un délire mélanco=lique, des idées délirantes déterminées, prédominantes, au milieu de cet état général d'affaissement et de stupeur. Il faut donc distinguer deux choses dans cet état: l'état général de dépression et de stupeur, et les idées

mélancoliques qui germent sur ce fond maladif et qui s'y développent. Ces idées se manifestent très-peu pendant la durée du mal et elles peuvent passer inaperçues, mais on les constate dans la convalescence, et les malades eux-mêmes racontent ce qu'ils ont éprouvé, quand ils arrivent à la guérison. C'est un résultat très-important auquel a conduit le travail de M. Baillarger, confirmé depuis par des études ultérieures. On a fait des mémoires, des thèses sur la mélancolie avec stupeur, et tous les auteurs ont constaté ce même fait général.

Ces mélancolies avec stupeur s'accompagnent de symptômes physiques très-caractérisés : ce sont les symptômes que je vous ai déjà décrits à propos de la mélancolie en général, mais qui sont plus intenses, plus caractérisés encore dans les mélancoliques avec stupeur. Les malades ont une circulation, une respiration extrêmement ralenties. C'est à peine s'ils respirent, on ne voit pas leur poitrine se soulever ; les respirations sont très-lentes, très-rares et sont quelquefois remplacées par de gros soupirs qui surviennent de temps en temps pour suppléer à la respiration insuffisante. Quant à la circulation, elle est extrêmement ralentie, le pouls se sent à peine, il est très-déprimé, et la circulation est si

 incomplète et si imparfaite que les extrémités sont bleuâtres, froides et émaciées. Les pieds et les mains sont tellement refroidis qu'on est obligé de les entourer de flanelle ou de laine pour les préserver contre le froid et et même la congélation dans certaines conditions atmosphériques. La circulation est très-ralentie, les extrémités sont froides et émaciées; il en est de même de la face et de toutes les parties du corps; mais surtout de la physionomie. Ces malades paraissent âgés, vieillis, et ceux qui les ont connus ne les reconnaissent plus, les traits sont altérés, le regard est terne, sans expression et la figure est méconnaissable, la circulation, surtout la circulation capillaire se fait très-lentement. Il y a un trouble notable également dans la circulation digestive, un dégoût profond pour les aliments, ils n'ont pas d'appétit, on est obligé de les nourrir en introduisant les aliments dans la bouche, soit avec une cuillère, soit même avec la sonde œsophagienne, car il y a certains de ces malades qui serrent les dents avec une telle violence qu'il est impossible de leur ouvrir la bouche. Cependant, dans la plupart des cas, on parvient à faire manger les malades par la bouche, mais il faut une grande patience. Il y a des malades que l'on

a nourri dans ces conditions pendant des mois et des années. On a cité des exemples de malades nourris pendant très-long temps avec la sonde œsophagienne, mais la nutrition se fait très-mal; il survient quelquefois des diarrhées inquiétantes, mais certains malades peuvent résister et arriver même à la guérison après une très-longue durée de refus de tout aliment. Lorsque la mélancolie avec stupeur arrive à ce degré, elle est souvent confondue avec d'autres états nerveux. On l'a souvent confondue avec l'extase et la catalepsie. Il y a dans la science un grand nombre d'exemples de prétendues catalepsies qui ne sont pas autre chose que la mélancolie avec stupeur. On a rapporté des exemples d'extases qui ne sont que la mélancolie avec stupeur; nous en observons ainsi tous les jours dans les asiles. Il y a quelques années, il y avait à Bicêtre, dans le service de M. Legrand-du-Saule, un malade extrêmement remarquable sous ce rapport, auquel on avait donné le nom de dormeur de Bicêtre, dont les journaux ont parlé à cette époque et dont l'observation a été rapportée par M. Legrand-du-Saule dans les Annales médico-psychologiques. Il avait commencé par des idées mystiques, il est arrivé au mutisme absolu et à l'immobilité complète; il était dans son lit

étendu de tout son long dans l'immobilité la plus absolue et ne faisant ni jour ni nuit aucun mouvement volontaire; on le retournait dans son lit comme un cadavre; on pouvait lui imprimer tous les mouvements qu'on voulait, aux bras, aux jambes et jamais on ne constatait chez lui de mouvement volontaire; il semblait être à ce point de vue en état cataleptique, & d'autant plus qu'il était dans l'insensibilité physique la plus complète; on pouvait le pincer, le torturer de toutes les manières, il ne se livrait à aucun mouvement, comme chez les cataleptiques, mais ce qui le différenciait de la catalepsie vraie, c'est que le symptôme catalepsie n'existait pas. Ce symptôme est que quand on met un membre dans une attitude déterminée, il reste indéfiniment dans cette même attitude, quelle que soit la position même difficile que l'on imprime aux membres ou au corps tout entier. Eh bien! ce malade n'était pas dans ce cas; les bras soulevés re=tombaient sur le lit, de même des jambes. Il n'avait pas les symptômes cataleptiques. De plus, de temps en temps il se réveillait pendant quelques minutes pour exprimer des idées délirantes. Ce fait s'est produit rarement, mais d'une manière suffisante pour prouver qu'il y avait un délire intérieur qui précédait, absolument comme dans

la mélancolie avec stupeur. Enfin, dans les catalepsies vraies, la maladie est ordinairement très-intermittente. Chez les véritables cataleptiques il y a des accès plus ou moins prolongés dans lesquels le malade est inerte, in=sensible, étranger au monde extérieur, mais après un certain temps passé dans cet état, il se réveille et revient à l'état normal pour revenir à un nouvel accès. La catalepsie est intermittente avec accès, elle n'est pas continue comme la mélancolie avec stupeur. Il y a un grand nombre d'autres caractères qu'on pourrait énumérer pour faire le parallèle entre la catalepsie vraie et la mélancolie avec stupeur, mais j'ai voulu vous signaler cette confusion de diagnostic qui a lieu fréquemment; on a pris des cas de mélancolie avec stupeur pour des exemples de catalepsie.

Cette mélancolie avec stupeur se produit également à la suite de l'épilepsie et surtout à la suite de l'hystérie, comme je vous le disais. Il y a certaines hystériques qui, après avoir présenté des accès de manie rémittente, avec guérison momentanée, arrivent, après plusieurs années, à un véritable état de stupeur accompagné souvent de salivation. Ces malades sont ordinairement très-gravement atteintes. Il ne faudrait pas considérer cette variété de stupeur comme aussi

favorable que les autres. Lorsque la stupeur survient à la suite de la manie hystérique, elle a ordinairement une grande gravité, et ces malades, souvent jeunes de 20 à 25 ans, ne guérissent pas; elles restent dans les asiles d'aliénés indéfiniment, et ne suivent pas la marche des autres mélancoliques avec stupeur. Il importe donc donc beaucoup d'établir ce diagnostic.

Il en est de même des stupeurs qui succèdent aux fièvres typhoïdes. On a dit que le délire succédant à la fièvre typhoïde était plus curable. Ceci peut être vrai pour le délire typhoïde proprement dit, mais ce n'est pas vrai des folies consécutives à la fièvre typhoïde. Quand un malade, après la fièvre typhoïde, est atteint d'une folie chronique, cette maladie est souvent très-peu curable, et dans les asiles on voit des malades depuis 15 ans, 20 ans, et dont la maladie doit son origine à la fièvre typhoïde.

Ce qui est vrai de l'état maniaque, l'est de l'état l'est de l'état mélancolique. Les mélancolies avec stupeur qui succèdent à la fièvre typhoïde sont beaucoup moins curables que les autres.

A part ces deux exceptions, celle qui suit la fièvre typhoïde et celle qui suit l'hystérie, la mélancolie avec

stupeur est souvent curable, malgré la longue durée du mal. Il y a des malades atteints pendant deux ans, trois ans, dix ans, de mélancolie avec stupeur qui guérissent. Il y a des exemples extrêmement remarquables de mélancolie avec stupeur et malgré cela suivie de guérison. Il ne faut jamais désespérer de la guérison d'un malade atteint de mélancolie avec stupeur, à moins qu'il n'appar=tienne à l'une des deux catégories que je vous indiquais tout à l'heure. Cette maladie est très-longue en durée, reste au même degré pendant des années sans modifications apparente, sans modification sensible, mais elle n'est pas aussi incurable qu'elle le paraît au premier abord, et beaucoup de cas de mélancolie avec stupeur guérissent, malgré la longue durée, malgré l'ancienneté de la maladie. Cependant ils ne guérissent pas tous; il y a des malades qui restent malades pendant toute leur vie, mais c'est une des formes de mélancolie qui est le plus curable.

On a employé contre la mélancolie avec stupeur les moyens thérapeutiques les plus énergiques, non-seulement l'opium, le datura, les médicaments internes les plus variés, mais les moyens externes, les moxas, les cautères avec la potasse, les moyens les plus énergiques, les cautérisations

par le fer rouge, l'hydrothérapie, l'électricité. On a soumis les malades à de véritables tortures thérapeutiques, et souvent on est arrivé à la guérison. La mélancolie avec stupeur étant plus curable, on s'acharne davantage à la guérison, mais cependant il y a des cas qui restent incurables malgré tous les moyens, mais c'est une forme de maladie dans laquelle réussissent souvent les moyens énergiques. On a étudié l'anatomie pathologique de ces formes de maladies mentales et on a cru trouver dans les autopsies un caractère constant. M. Etoc de Mazy, dans sa thèse, en 1834, a noté ce fait que dans les cas de mélancolie avec stupeur, il y avait toujours un œdème du cerveau, une compression de la surface du cerveau par une sécrétion aqueuse très-abondante, œdème du cerveau qui siégerait entre les méninges et la substance corticale. Cet état a été rencontré souvent dans l'état de mélancolie avec stupeur, mais les auteurs qui ont voulu vérifier le fait ne l'ont pas constaté dans tous les cas. Par conséquent ce fait n'est pas constant et il ne peut pas être donné comme signe pathognomonique, mais il est assez fréquent pour mériter d'être signalé. Il est certain que les malades restés longtemps dans la stupeur et qui meurent dans

cet état présentent souvent des œdèmes de cerveau, une infiltration séreuse qui existe surtout à la surface des circonvolutions et dans les méninges. Cela doit donc être signalé dans la mélancolie avec stupeur.

Vous voyez que je suis obligé d'abréger parce que le temps me presse, mais j'ai cherché à vous donner une idée rapide des deux variétés principales de la mélancolie, la mélancolie anxieuse et la mélancolie dépressive aboutissant à la stupeur. Il me reste maintenant à vous parler de la 3e variété que j'ai appelée la mélancolie active ou monomanie triste, c'est-à-dire le délire avec idées prédominantes de nature triste, mais avec un fond d'activité, d'activité raisonnée, d'activité ayant un but, ce qui la différencie de l'activité anxieuse indéterminée et sans but. Cette étude fera l'objet de la prochaine leçon; nous prendrons comme type le plus fréquent de cet état ce que l'on a appelé le délire de persécution; c'est une forme de maladie mentale très-fréquente, très-importante et qui mérite d'être étudiée spécialement dans une leçon distincte. C'est la forme la plus fréquente des maladies mentales si vous éliminez d'une part la paralysie générale, et d'autre part les états alcooliques et épileptiques, vous trouverez dans les asiles d'aliénés un tiers de malades atteints de délire de

persécution. Cet état mérite donc une étude spéciale qui constituera l'objet de la prochaine séance, avec la description de la 3e variété de la mélancolie-ou de la mélancolie active.

17e Leçon.

16 Janvier 1877.

Messieurs,

Dans l'ordre que j'ai adopté pour l'exposé des différentes formes des maladies mentales, j'en suis arrivé aujourd'hui à l'étude d'une variété ou d'une espèce de maladie mentale très-importante, très-fréquente et qui mérite d'être étudiée avec soin. Je veux parler de cet état auquel on a donné le nom de délire de persécution, autrement dit de la mélancolie avec idées de persécution prédominantes.

Dans la dernière séance, je vous ai parlé de deux variétés principales de la mélancolie : la mélancolie anxieuse et la mélancolie dépressive avec tendance à la stupeur. Comme

3e variété j'ai admis ce que j'ai appelé la mélancolie active, c'est-à-dire la mélancolie portant sur des idées tristes, mais avec un fond général d'activité, toujours en se basant sur ce principe général qu'il vaut mieux classer les maladies mentales d'après l'étude du fond de la maladie que d'après les idées prédominantes.

M. Baillarger, qui a cherché à modifier et à perfectionner la classification d'Esquirol, avait déjà fait remarquer que la mélancolie telle qu'elle était admise par Esquirol, comprenait deux états de maladie tout-à-fait différents, car certains mélancoliques d'Esquirol sont déprimés, affaissés au physique et au moral, ce sont de véritables mé=lancoliques, ce sont des malades qui sont abattus, anéantis au physique comme au moral, qui sont diminués et qui sont profondément tristes sans savoir pourquoi, alors même que les idées tristes ne sont pas encore nées, ne sont pas encore produites dans leur esprit. C'est-là le véritable type de la mélancolie.

Mais il en est d'autres au contraire qui ont toutes les apparences du délire partiel en général, du délire dit monomaniaque, c'est-à-dire que ces malades, à première vue, ne paraissent pas tristes, ne paraissent pas mélancoliques,

ressemblent aux hommes à l'état normal, ont les apparences extérieures de la raison, et, s'ils ne veulent pas avouer leur délire ce qui arrive souvent, vous ne pourrez pas juger de leur état mental. Ce n'est que par leurs paroles et leurs actes que vous pourrez constater l'état d'aliénation mentale, car dans l'ensemble ils ressemblent à des hommes sains d'esprit. Ces mélancoliques se rapprochent donc beaucoup des monomaniaques d'Esquirol. C'est pourquoi M. Baillarger avait dit deux espèces de mélan=colique, les mélancoliques dépressifs et les monomanes tristes, c'est-à-dire les malades atteints de délire partiel avec prédomi=nance d'idées tristes.

Or, c'est la même idée que je cherche à exprimer en parlant des mélancoliques actifs. Ces mélancoliques sont tristes par la nature des idées qu'ils expriment, mais ils ont toutes les apparences de l'activité, de l'état normal. Ce sont des malades qui parlent, qui agissent, qui se manifestent extérieurement comme des gens sains d'esprit, excepté par leurs idées délirantes; ce sont des malades atteints de délire partiel mais avec apparence générale de raison. Sous ce rapport ils constituent un inter=médiaire entre les mélancoliques que nous avons étudiés dans la dernière séance et les malades atteints de délire partiel dont nous parlerons dans la prochaine leçon.

Le type de ces mélancoliques actifs ce sont les malades atteints de délire de persécution. Ce délire est telle=
=ment fréquent, il paraît si souvent et dans la société et dans les asiles qu'il mérite à lui seul une description tout-à-fait distincte; et il la mérite à tous les points de vue, parceque non-seulement ces malades se ressemblent entre eux et ont des caractères communs très-nombreux, mais ils ont un ensemble de caractères qui permettent d'en faire une variété tout-à-fait distincte de l'aliénation mentale et de les séparer de beaucoup d'autres aliénés à délire partiel. Le délire de persécution mérite donc une étude spéciale.

Cette maladie remonte ordinairement aux premiers âges de la vie. Ce n'est pas toujours à l'état de maladie mentale qu'elle existe chez les enfants et chez les jeunes gens, mais c'est toujours à l'état de caractère, de prédisposition. La plupart des malades qui seront atteints plus tard de délire de persécution ont commencé par avoir une tristesse native, une disposition à la défiance, aux soupçons, ce sont des êtres susceptibles, ombrageux, difficiles à vivre, défiants. Dans les colléges on remarque quelquefois certains individus de cette catégorie qui frappent l'attention de leurs camarades et de leurs professeurs, sans que cependant l'attention soit attirée

sur le côté maladif de ce caractère spécial : les études sur l'aliénation mentale sont encore trop peu avancées pour que, dans l'opinion générale, on puisse attribuer aux maladies mentales ou à une prédisposition ces diversités de caractères ; mais ce qui est certain, c'est que les malades qui seront atteints plus tard du délire de persécution, ont présenté dans leur jeunesse des caractères particuliers, susceptibles, défiants, ayant une tendance à l'isolement, à la vie solitaire qui se rencontre même chez les enfants et surtout à partir de l'époque de la puberté.

C'est donc un premier fait à bien établir : le délire de persécution n'est ordinairement qu'un développement, qu'une évolution d'un caractère primitivement triste, défiant et soupçonneux. Cependant il y a à cet égard une distinction à faire, il y a en quelque sorte deux origines diverses pour le délire de persécution. Une grande partie de ces malades ont l'origine que je viens d'indiquer, c'est-à-dire que la maladie prend naissance dans un caractère préalablement triste, mais il y a d'autres malades qui débutent par l'hypocondrie, c'est-à-dire par des sensations physiques, par des sensations nerveuses. M. Morel, de Rouen, a surtout insisté sur ce mode de début du délire de persécution. Il citait des observations assez nombreuses de malades qui ont été hypocondriaques avant

 de devenir atteints de délire de persécution.

Il faut donc admettre deux modes de début de cette maladie ; dans un cas, elle n'est que le développement successif et imperceptible, en quelque sorte, par nuances insensibles, d'un caractère anormal ; et dans d'autres cas, au contraire, elle est le résultat d'une maladie nerveuse préalable ; avant d'être atteints de délire de persécution, c'est-à-dire de trouble mental caractérisé, de véritable folie, les malades ont été atteints pendant plusieurs années d'une variété d'hypocondrie. Beaucoup de malades qui doivent être atteints plus tard de délire de persécution ont commencé par être hypocondriaques, et par présenter le caractère principal de l'hypocondrie, c'est-à-dire des sensations nerveuses extrêmement variées dans toutes les parties du corps, accompagnées d'un malaise de l'état général, de préoccupations pénibles qui se localisent tantôt dans un organe, tantôt dans un autre, tantôt dans le cœur, tantôt dans le poumon, tantôt dans le foie, mais état nerveux général qui constitue une véritable névrose servant de base aux préoccupations mentales.

Il y a donc deux modes d'origine du délire de persécution, l'origine puisée dans le caractère antérieur,

triste, défiant, et une autre origine puisée dans l'hypocondrie. Pour étudier les premières périodes du délire de persécution on est obligé ordinairement de se borner à une étude rétrospective; ce n'est que plus tard, quand les malades sont dans les asiles, quand le trouble mental n'est plus contestable qu'on peut remonter alors à quelques années en arrière, et connaître soit par le malade, soit par les parents, les premières périodes de la maladie; mais quand on observe directement le malade à cette période, le plus souvent on ne peut rien constater. Il y a dans le monde, dans la société, et ceci dans tous les pays, un assez grand nombre de personnes qui sont déjà atteintes de délire de persécution et que personne ne peut considérer comme des malades. Le délire de persécution se développe tout-à-fait à l'intérieur, dans l'intimité même de la conscience, dans le for intérieur, et ces malades, pendant plusieurs années, souvent ne manifestent à personne leurs préoccupations délirantes. Ils peuvent passer pour des hommes tristes, des hommes aimant la solitude, se retirant du monde, vivant à l'écart, susceptibles, difficiles à vivre; on trouve chez eux des travers de caractère; mais voilà tout ce qu'on peut constater. Il est dans l'essence de cette maladie mentale de se concentrer pendant plusieurs années dans le for intérieur du malade et sans

 manifestations apparentes. Cependant il y a toujours quelque manifestation, mais il faudrait vivre avec les malades dans l'intimité la plus absolue, il faudrait être leur confesseur, leur confident ou leur intime de jour et de nuit en quelque sorte pour pouvoir constater les manifestations lorsqu'elles se produisent. Ces malades ne peuvent pas tout concentrer dans leur for intérieur; il y a des moments où ils sont tellement dominés par leurs préoccupations pénibles qu'ils ont besoin de les manifester, le besoin d'en faire la confidence. Or, tous ces malades ont fait à diverses reprises des confidences à telle ou telle personne, lorsque plus tard ils sont devenus aliénés d'une façon évidente, on constate que des amis, des parents ont reçu à diverses époques des aveux qui témoignent de l'existence de la maladie depuis plusieurs années. Mais ces faits ne peuvent être constatés qu'après coup, d'une manière rétrospective; et pendant la durée de la première période, personne ne peut rien à cet égard, et le médecin qui aurait l'habitude de ce diagnostic, de cette étude, qui constaterait le délire de persécution à cette époque, ne rencontrerait partout que des incrédules; on croirait qu'il exagère, qu'il ne voit que des fous partout, etc

que rien ne démontre l'existence de l'aliénation mentale chez ces malades qui n'ont pas, en réalité, de manifestations habituelles.

Mais ce n'est pas seulement par les confidences des malades, c'est quelquefois par leurs actes, par leur manière de vivre qu'on peut constater, dès cette époque, le délire de persécution. Les malades s'isolent du monde extérieur ; comme la plupart des personnes qui deviennent aliénées, ils ont besoin d'isolement, de solitude, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, le monde extérieur les blesse, les rend malheureux, les tourmente, ils fuient ce monde extérieur qui leur est hostile et pénible, ils se renferment donc dans la solitude, ils vivent seuls, ils s'enferment chez eux, quelquefois même ils restent au lit dans leur chambre et fuient les personnes avec lesquelles ils vivaient jusque-là ; ils se mettent en contradiction avec tout leur entourage, avec leurs parents, leurs amis et même avec leurs connaissances passagères ; ils se constituent un nouveau milieu, de sorte que le malade qui est dans cette première période de délire de persécution se manifeste ordinairement par ses habitudes et par ses actes. Ce sont des hommes qui vivent à l'écart, qui s'enferment chez eux ; ce sont des hommes qui, quelquefois, se livrent à l'étude avec une grande persévérance et une grande persistance. D'autres

494 fois, au contraire, ils sont incapables de travailler, mais ils s'enferment, s'isolent, ils vivent à l'écart, ils éprouvent le besoin de changer souvent de domicile; ils croient être tourmentés dans les localités qu'ils habitent; ils at=
=tribuent ces tourments aux circonstances extérieures, aux personnes qui vivent auprès d'eux et ils se déplacent; s'ils sont à la tête d'une grande maison, d'une famille nombreuse, eh bien! ils fuient leur famille, ils fuient leur localité et ils se transportent dans d'autres lieux, quelquefois même ils entreprennent des voyages. Il y a beaucoup de ces malades, à la première période du délire de persécution, qui se déplacent non-seulement dans une seule ville, mais qui éprouvent le besoin de voyager au loin. M. Fauville fils a fait un travail intéressant sur les aliénés migrateurs, les aliénés qui voyagent, et il a fait remarquer qu'ils appar=
=tiennent à cette forme de maladie mentale, soit dans son début, soit dans les périodes ultérieures. C'est par cet ensemble d'habitudes, d'actes, de manière de vivre qu'on peut juger le délire de persécution même dans sa première période. Mais ce début est très-lent et il peut s'écouler plusieurs années avant que l'on constate l'existence de la maladie; lorsqu'on commence à la constater, c'est par certains signes extérieurs

toujours les mêmes; le malade ne peut plus se contenir; les préoccupations qu'il enfermait en lui-même jusque-là éclatent de temps en temps, et tous ces malades sont identiques les uns aux autres, ils croient tous qu'on les regarde dans la rue, qu'on leur lance des coups d'œil malveillants, qu'on se fait des signes, qu'on a des signes d'intelligence entre plusieurs personnes et que ces signes d'intelligence les regardent; ils ils se croient le centre de leur entourage; ils croient que tous les faits même les plus insignifiants autour d'eux sont dirigés contre leur personne.

Voilà la première manifestation du délire de persécution. Tout individu qui est atteint du délire de persécution a passé par cette première phase d'interprétation. L'interprétation délirante est donc le premier phénomène caractéristique du délire de persécution à la première période. Les malades arrivent à tout interpréter, le moindre signe, la parole la plus insignifiante, un geste, une attitude, une expression de la physionomie, tout est interprété par eux; à travers le prisme de leur délire, ils voient la preuve de la malveillance de chacune des personnes qui les entourent, dans chacun des gestes, dans chacune des attitudes. Parle-t-on, on dit du mal d'eux; garde-t-on le silence, c'est un silence provocateur ou improbateur. Tout est interprété

 dans le sens du délire contre le malade lui-même. Il se croit le centre d'une malveillance générale ; il se croit l'objet d'une attention qui lui est hostile, et il explique tous les faits du monde extérieur à travers cette préoccupation dominante délirante. C'est le fait caractéristique du délire de persécution. Dès lors qu'un malade vous avoue que tout le monde le regarde, qu'on le suit dans la rue, qu'il y a des gens apostés pour le surveiller, qu'il est entouré d'espions, qu'on épie les moindres de ses actions, qu'on le surveille, que tout le trouble, que des personnes qui passaient dans la rue, dans le voisinage, se sont fait des signes à son intention, qu'elles ont chuchoté des paroles, ont prononcé des mots qu'il n'a pas bien entendus, mais qui avaient un sens mystérieux, cet individu est atteint du délire de persécution. Il n'est pas possible, même avec un caractère défiant et soupçonneux d'arriver à ce degré. On peut être défiant, soupçonneux sans être aliéné, mais dès lors qu'on affirme ces différents faits, c'est qu'on a déjà franchi la limite de l'aliénation mentale ; on ~~ex~~ n'est plus seulement défiant, soupçonneux, on est aliéné, atteint de délire de persécution à la première période, surtout quand ces

faits se reproduisent, et que la vie entière du malade est contraire à ces interprétations, car ces malades n'ont aucun moment de répit, même à cette première période ils ne peuvent plus vivre de la vie commune, ils ne peuvent plus remplir les devoirs de leur profession, de leur charge, de leur travail, quelle que soit leur position sociale. ils sont incapables d'un travail utile et suivi. Ils sont tellement dominés par des idées fausses, par des idées maladives qu'ils sont accaparés, et il leur est impossible de vivre de la vie commune. Par conséquent ce sont des aliénés, ce sont des hommes qui sont séquestrés, par l'effet de leur maladie, du monde extérieur, de la vie sociale ordinaire; ce sont donc de véritables aliénés dès cette première période, mais dans la plupart des cas, on ne constate pas alors l'aliénation mentale, il n'y a que quelques manifestations fugaces, fugitives, et il faut se trouver là pour pouvoir juger le malade qui se manifeste ainsi, et dans la plupart des cas, ils vivent au milieu de la société sans être regardés comme des hommes aliénés. Il y a peu de maladies qui permettent la vie commune plus longtemps. C'est pour cela qu'elle est dangereuse, car ces malades, à la première période, peuvent devenir dangereux, ils peuvent parfaitement croire qu'ils rencontrent un d

498. leurs ennemis, et dès cette époque, donner un soufflet, prononcer des paroles injurieuses, des menaces ou même passer à l'action. On a vu des malades à cette période de simple interprétation, passer déjà à des actes violents, soit de suicide, soit d'homicide. Le délire de persécution inaperçu, tout intérieur, est donc loin d'être sans danger, et même à cette première période, ces malades vivent en liberté comme ils le font en très-grand nombre, sont des êtres dangereux pour l'ordre social.

Cependant, comme je vous le dirai tout à l'heure, il y a quelques distinctions à établir parmi eux, au point de vue dangereux, quelques réserves au point de vue du caractère des malades et de la nature de leurs maladies. Voilà donc la première période d'interprétation délirante. C'est le premier degré. Le malade se borne à interpréter contre lui tout ce qui se passe dans le monde extérieur, les gestes, les signes, les paroles, tout est interprété dans le sens du délire, et le malade arrive à cette conclusion qu'on lui en veut, qu'il a des ennemis, qu'il ne sait pas pourquoi il en a, qu'il n'a rien fait pour cela, mais qu'enfin sans savoir le motif, il est entouré d'ennemis, de gens qui lui en veulent et lui font du mal. Voilà le

premier degré du délire de persécution. Mais ce degré maladif est encore indéterminé. C'est ce que j'ai indiqué dans les considérations générales sous le nom d'incubation ou d'éla=:boration de la maladie. Le malade se sent persécuté, mais d'une manière vague, sans détermination du délire; il n'a pas encore choisi son système délirant; il se sent persécuté d'une manière générale; il a soin d'employer cette particule singulière, le mot <u>On</u>. On me tourmente, on me persécute on me poursuit, sans pouvoir dire qui est ce qui le poursuit, qui est ce qui le tourmente et le persécute; il n'est pas arrivé jusque-là à préciser son délire. La période du délire est vague, indéterminé, mais l'esprit humain ne peut pas rester très-longtemps dans cet état de vague et d'indécision; il est dans l'essence de l'esprit humain et de la logique même, de remonter d'un effet à une cause; il y a là ce qu'on a appelé élément de causalité qui joue un très-grand rôle dans la nature humaine à l'état normal ou à l'état maladif; c'est ordinairement par ce procédé de causalité que le malade arrive à chercher une cause à son délire. Il se sent tourmenté, malheureux, persécuté, et il cherche à quoi tient cette persécution, d'où elle peut venir, quelle peut en être la cause. C'est alors que son délire suit des directions

 diverses au point de vue de l'objet, quoi qu'il soit toujours le même au fond et que le délire de persécution ressemble à lui-même chez tous les malades; tous les malades qui en sont atteints ont des caractères communs, et cependant ils diffèrent plus ou moins quant à l'objet du délire. Il y a sous ce rapport plusieurs catégories importantes à distinguer.

Il y a d'abord les malades qui restent pendant de longues années à l'état vague et indéterminé. Il y a un certain nombre de persécutés qui ne dépassent pas cette limite pendant assez long temps; ils disent qu'on les persécute, qu'on leur rend la vie impossible, et ils ne peuvent pas préciser la cause de ces tourments et de ces persécutions. C'est la première catégorie.

Mais il y en a d'autres qui cherchent une cause plus précise. Alors ne pouvant pas trouver de cause dans le monde extérieur qui les entoure, dans les personnes avec lesquelles ils sont en rapport, ne pouvant pas person:=nifier leur délire dans une seule personne, ils s'attaquent à des causes générales. C'est le délire de persécution, qu'on peut appeler collectif, et c'est-là le fait le plus général, le plus fréquent. La plupart des persécutés, au lieu

d'accuser telle ou telle personne, accusent des influences générales. Le délire de persécution est presque toujours collectif. Les causes sont des causes mystérieuses, des causes occultes et collectives. C'est un fait sur lequel on n'a pas assez insisté et qui est très-exact, que l'observation démontre tous les jours. C'est ce qui fait que la plupart des persécutés arrivent à croire qu'ils sont victimes d'une conspiration générale, d'une conspiration mal déterminée. D'autres se croient poursuivis par la police; d'autres enfin se croient poursuivis par le diable, par les sciences occultes, par la sorcellerie, par le magnétisme, par l'électricité, par des influences occultes de tout ordre, ou par des sociétés secrètes, ou par les Jésuites ou par des collections d'individus. De sorte que si on faisait le relevé de tous les persécutés qui existent dans les asiles d'aliénés, on verrait que l'immense majorité entre dans cette catégorie; la plupart des persécutés, au lieu d'accuser telle ou telle personne, accusent des influences générales, des influences occultes, parce que ces influences occultes sont bien plus commodes pour expliquer des sensations qui sont complètement anormales, en dehors du monde habituel; ils éprouvent des sensations si variées, des sentiments si étranges, si singuliers qu'ils ne savent à quoi les attribuer, et ils les attribuent

 à une cause elle-même mystérieuse, vague et presque occulte. C'est pourquoi la plupart des persécutés, arrivant à une systématisation délirante, arrivent à accuser des collectivités d'individus et des influences générales plutôt que des individus en particulier. C'est un fait très-important à signaler dans le délire de persécution.

La 3e catégorie enfin des persécutés précise davantage son délire. Cette 3e catégorie s'applique à un individu en particulier : c'est M. un tel, c'est telle personne, c'est mon père, c'est mon frère, c'est ma sœur, c'est tel médecin, c'est tel prêtre, c'est telle personne qui me persécute. Il y a une catégorie d'individus qui arrivent à la systématisation délirante ; ils définissent, ils formulent leur délire dans une persécution unique, individuelle. Eh bien ! ces individus sont les plus dangereux de tous, parceque, comme l'a très-bien dit M. Lasègue, de persécutés ils deviennent persécuteurs ; ils peuvent s'en prendre à l'individu qu'ils accusent puisqu'ils le rencontrent, ils le voient ; ils peuvent l'attaquer, le souffleter, le menacer et même le tuer ; ils ont une prise sur l'individu, tandis qu'ils n'ont pas de prise sur la police, sur les Jésuites, sur les sciences occultes, sur le magnétisme et l'électricité. De sorte que les plus dangereux

des persécutés ce sont ceux qui formulent leur délire d'une manière précise sur un individu déterminé, au lieu de le laisser toujours à l'état vague, et d'accuser des influences générales.

Ces distinctions sont très-importantes au point de vue de la pratique.

Cette formule donnée au délire, cette systématisation n'arrive que très-tardivement et très-lentement. C'est seulement à la seconde période d'évolution des idées fixes aussi bien dans le délire de persécution que dans les autres délires partiels. Mais avant d'arriver à cette systématisation si avancée, le malade passe par des phases successives. Or, la phase qui suit la période d'interprétation et qui constitue la seconde période du délire de persécution, c'est la phase qu'on peut appeler de l'hallucination de l'ouïe. La plupart des persécutés ont des hallucinations de l'ouïe, mais ils n'en ont pas au début de leur maladie; ils ont commencé par une simple interprétation délirante, et ce n'est que lentement, au bout de plusieurs années, qu'ils arrivent, par une pente naturelle et insensible, jusqu'aux hallucinations de l'ouïe, et vous allez comprendre très-bien comment se fait cette transition. Le malade se croit l'objet de l'attention générale; il croit

 entendre dans une chambre voisine ou au-dessus du plafond des personnes qui parlent de lui, qui chuchotent. Il est-là déjà à cette première période qui est intermédiaire entre l'interprétation de faits réels et l'hallucination, car rien n'est plus voisin de l'hallucination que cette interpré=tation délirante de sensations externes; il croit entendre des personnes qui parlent, mais qui parlent sous une forme très-vague, dont les paroles ne sont pas nettement accentuées. Et puis, peu à peu, naturellement, à force de préoccupations d'esprit, l'esprit finit par substituer ses propres pensées aux paroles vagues qu'il croit entendre dans le voisinage, de sorte que le passage se fait tout naturellement entre l'interprétation sensorielle de la parole et l'hallucination de l'ouïe. Il y a là un passage tout naturel qui existe dans d'autres formes de maladies mentales.

L'hallucination de l'ouïe est le signal de la seconde période du délire de persécution. Mais cette hallu=cination de l'ouïe revêt des caractères très-différents, selon la période du délire de persécution où elle se manifeste. Cette hallucination de l'ouïe commence par être composée de simples mots, de mots isolés et de mots toujours les

mêmes. Les persécutés qui sont à cette seconde période entendent des voix, mais ces voix répètent toujours les mêmes mots. On les appelle : voleur, on les appelle : assassin, on leur prononce des paroles très-courtes comme : c'est lui, c'est elle ! c'est ta mère ! tue-là ! tue-là ! des mots de ce genre, des mots très-courts et contenant un ordre impératif. Et c'est ce qui rend ces malades souvent si dangereux, parce que, entendant des voix toujours les mêmes, répétant la même phrase ou le même ordre, ils sont bien près de passer à l'action et d'exécuter l'ordre qu'ils reçoivent ; tout persécuté qui a l'hallucination de l'ouïe très-nette, très-caractérisée est bien près de devenir dangereux et de passer à l'action, soit au suicide, soit à l'homicide. C'est-là le premier degré de l'hallucination de l'ouïe dans le délire de persécution. Mais ce premier degré ne dure qu'un certain temps, et il est bientôt remplacé par des degrés successifs. C'est une étude qui n'a pas été suffisamment faite et qui est cependant conforme à l'observation. L'hallucination de l'ouïe revêt des formes différentes selon les périodes du délire de persécution où elle se manifeste. Les auteurs qui ont étudié l'hallucination de l'ouïe, comme M. Baillarger qui l'a fait d'une façon remarquable dans un mémoire sur les hallucinations ont signalé des faits très-nombreux d'hallucination de l'ouïe

 dans les diverses périodes. Mais ils n'ont pas suffisamment précisé les périodes auxquelles ces diverses hallucinations correspondent. Or, dans le délire de persécution c'est plus évident que dans tous les autres. L'hallucination, en se continuant, en se perpétuant, en s'exagérant, tourne à la conversation, tourne au dialogue ou au monologue. L'halluciné de l'ouïe qui entend des voix faisant des phrases entières, des phrases complètes, de véritables con=
=versations est un aliéné déjà beaucoup plus chronique, bien plus avancé en maladie que celui qui n'entend que des mots isolés. L'hallucination de l'ouïe composée de certains mots toujours les mêmes constitue une période aiguë des maladies mentales. Elle n'existe guère que dans les paroxismes, tandis que dans les périodes plus chro=
=niques, l'hallucination revêt la forme d'un dialogue ou d'une conversation, d'un monologue; les malades entendent des phrases entières; on leur parle et ils répon=
=dent aux paroles qu'ils croient entendre. Il y a échange d'idées, il y a dialogue, conversation mentale, il y a ce qu'on a appelé l'interlocuteur imaginaire. Les per=
=sécutés, à cette période, ont déjà plusieurs années de maladie; on n'arrive pas d'emblée à avoir des hallu=

=cinations assez fréquentes, assez complètes pour constituer de véritables conversations mentales. C'est-là le second degré de l'hallucination de l'ouïe.

Mais il y en a un 3e qui appartient aux périodes plus avancées, et, si je vous en parle, c'est pour ne pas rompre la chaîne des hallucinations successives.

Les trois périodes de l'hallucination de l'ouïe consistent dans un phénomène qu'on a appelé l'écho ou dédoublement de la personnalité; le malade entend répercuter au dehors ses propres pensées, on lui vole ses pensées, on les lui escamote, on les lui prend malgré lui; il n'est plus maître de sa pensée, on lit dans sa pensée et on la répète au dehors dans les journaux; on la lui renvoie par des porte-voix, on lui renvoie ses propres idées par des procédés merveilleux, des procédés magnétiques, électriques et autres; il entend sa propre pensée répercutée par d'autres et revenant du monde extérieur. Ceci est extrêmement fréquent chez les persécutés chroniques et constitue une période très-avancée de l'hallucination de l'ouïe. Il y a donc dans l'hallucination elle-même certains caractères qui permettent de fixer jusqu'à un certain point l'âge, la date plus ou moins ancienne de la maladie; on ne peut pas préciser le nombre d'années bien entendu, mais on peut dire

 qu'on a affaire à une maladie aiguë ou une maladie chronique suivant la nature des hallucinations dont le malade est l'objet ou le théâtre.

Ces malades arrivés au 3e degré de l'hallucination de l'ouïe sont tous les mêmes et emploient les mêmes expressions; ils ont, en quelque sorte, un vocabulaire qui leur est propre, qui diffère selon les malades, mais qui est toujours étrange; ils ont des mots spéciaux, des mots à eux; ils ont un langage particulier. Ainsi ils vous diront qu'ils entendent autour d'eux un charivari. Ils ont des expressions indiquant cet état d'hallucination continuelle de l'ouïe qui répercute leur propre pensée. J'insisterai sur ces différents caractères dans une prochaine séance en vous parlant de la folie chronique.

L'hallucination de l'ouïe est donc le caractère essentiel presque constant du délire de persécution, soit sous la forme élémentaire de mots seulement, soit sous la forme plus complexe de dialogue ou de conversation mentale. Mais à mesure que la maladie marche, le délire se complique de plus en plus et, à l'hallucination de l'ouïe, à l'interprétation délirante viennent se joindre d'autres hallucinations; dans le délire de persécution

il y a des hallucinations nombreuses de tous les sens, excepté de la vue ; le sens de la vue est celui qui est le moins atteint dans le délire de persécution. On peut même dire que, dans le délire de persécution, il n'y a pas, à proprement parler, de véritables hallucinations de la vue. Il y a certains malades très-chroniques qui présentent des phénomènes subjectifs de la vue, qui voient des lumières, des étincelles, des cercles de feu et qui attribuent à des ennemis, à des causes occultes ces divers phénomènes, mais ce ne sont pas de véritables hallucinations ; comme je vous l'ai déjà dit, ce sont des perceptions subjectives, ce ne sont pas des hallucinations vraies, c'est-à-dire ce n'est pas une voix apportant avec elle une conversation, et ce n'est pas une image, ce sont des perceptions subjectives, ce ne sont pas des hallucinations. L'hallucination de la vue est donc très-rare, elle n'existe même jamais dans le délire de persécution, mais les autres hallucinations sont fréquentes, surtout les hallucinations de la sensibilité générale. Presque tous les persécutés arrivés à la période de la systématisation, ont des hallucinations nombreuses de la sensibilité générale ; ils éprouvent des sensations dans toutes les parties du corps, des sensations qu'ils interprètent à travers leur délire ; ils ont des douleurs ; on leur tortille les intestins, on les frappe

. on les contusionne, on les lacère de toute façon dans toutes les parties du corps; ils ont les sensations les plus diverses et souvent les plus pénibles. Il y a même, surtout chez les femmes, une catégorie de malades qui ont des sensations génitales internes entraînant des interprétations très-variées : les unes croient être enceintes, sur le point d'accoucher, les autres éprouvent des sensations érotiques très-variées. Il y a là ce qui existe fréquemment dans le délire de persécution chronique. Aussi presque tous les persécutés arrivés à cette période avancée de la maladie racontent qu'ils éprouvent des sensations pénibles le jour et la nuit; ils interprètent de même toutes les sen=:sations réelles qu'ils éprouvent. Ainsi lorsqu'ils sont atteints d'une maladie organique quelconque, d'un cancer, de tubercules, d'une maladie de cœur, ils interprètent tous les symptômes qu'ils ressentent réellement comme des phénomènes de leur délire; ils croient que ce sont leurs ennemis, le magnétisme, l'électricité ou des procédés inconnus qui ont produit chez eux ces phénomènes nerveux ou ces sensations dues à une maladie organique, à une maladie nerveuse, ils redeviennent ainsi à la 3e période ce que plusieurs d'entre eux étaient au début, c'est-à-dire

hypocondriaques, ayant des sensations internes et les interprétant à travers leurs idées délirantes.

Ces malades ont également de fréquentes hallucinations de l'odorat ou du goût. Ils croient sentir des odeurs infectes, des cadavres, des odeurs de soufre ou des saveurs métalliques; ils croient qu'on leur lance dans la bouche des substances nuisibles, empoisonnées, ou des substances métalliques ayant une saveur désagréable; on leur souffle des odeurs, c'est un mot qu'emploient très-souvent les persécutés; à cette période déjà avancée, ils ont des sensations de l'odorat et du goût en même temps que des sensations de la sensibilité générale. C'est un point très-important dans l'histoire du délire de persécution. Aussi la plupart des travaux qui ont été publiés sur les lésions de la sensibilité générale, se rapportent-ils, dans les observations, à des lésions du délire de persécution; sur 80 observations qui ont été publiées, il y en a au moins 60 qui s'appliquent au délire de persécution.

Vous voyez donc, (ceci forme déjà un ensemble de phénomènes, de caractères très-importants à coordonner)... vous voyez des malades qui se croient tourmentés, qui se croient poursuivis, qui d'abord, croient l'être à l'état vague à l'état mal formulé, qui, peu à peu, arrivent à préciser

512 de plus en plus leur délire, à le systématiser, à se croire poursuivis par la police, par des influences générales ou par un individu en particulier, et qui, en même temps, ont des hallucinations nombreuses de l'ouïe, de la sensibilité générale, de l'odorat et du goût. Ceci forme un tableau d'ensemble, déjà assez complet.

A ces caractères il faut en ajouter d'autres. Le délire de persécution est une maladie essentiellement rémittente, c'est une maladie qui se produit sous forme d'accès et sous forme de rémissions. Il faut donc observer les malades dans ces deux conditions différentes. Pendant la période d'accès le malade ne peut plus se contenir, il manifeste librement toutes ses idées, toutes ses hallucinations et il est facile de les constater. Le malade paraît en quelque sorte vous dicter ses observations, vous pourriez écrire sous sa dictée. Au moment de ces paroxismes il est tellement dominé par ses préoccupations délirantes que rien ne l'arrête; il ne cherche pas à cacher son délire, il exprime tout haut ce qu'il pense et on peut constater une complication du délire extraordinaire. Le délire est incontestable pour tous ceux qui assistent à cette période de l'accès, et il est très-important, quand on est

dans un asile d'aliénés, de noter le délire qui se manifeste dans ce moment-là, parceque plus tard le malade le niera ou le dissimulera. Il faut donc poser en principe que tout délire de persécution est une maladie rémittente, et que c'est une grande erreur des magistrats en particulier et de beaucoup d'observateurs, de croire que le malade atteint du délire de persécution est toujours semblable à lui-même; c'est une erreur clinique fondamentale et très-nuisible pour la véritable observation. Les persécutés sans paroxisme sont très-différents suivant le moment où on les observe. Le délire intérieur persiste à différents degrés à tous les moments, mais les manifestations sont essentiellement variables. Or, un malade que vous avez vu entrer dans un asile d'aliénés au moment d'un paroxisme très-intense, d'un délire présentant tous les caractères que je viens d'indiquer, ce malade, si vous le revoyez deux ou trois mois après, n'est plus semblable à lui-même, il a toutes les apparences de la raison, il a l'air d'un homme plein d'esprit il soutient qu'il n'a jamais été malade, et non-seulement il dissimule son délire actuel, mais il nie son délire passé. C'est ce qui fait la difficulté de l'observation. Vous avez vu des gens manifester le délire le plus intense, le plus

514. incontestable, et qui, soumis à l'examen des magistrats ou des médecins experts, paraissent guéris; vous croyez avoir affaire à un malade rentré dans l'état normal, eh bien! c'est ce qu'il ne faut pas admettre sans beaucoup de réserve dans le délire de persécution où c'est presque toujours chronique et où les cas de guérisions sont très-rares. Quand vous avez affaire à une suspension momentanée du délire, il faut croire à une rémission bien plus qu'à une guérison. Mais ces cas deviennent embarrassants au point de vue pratique, au point de vue de la médecine légale, vous êtes censés maintenir une séquestration injuste, et au point de vue des actes dangereux, vous vous exposez à remettre en liberté un homme qui va se livrer à des actes violents quelconques. Ce sont des difficultés que nous rencontrons toujours dans les asiles d'aliénés; c'est ce qui fait une des plus grandes difficultés du médecin directeur d'un asile d'aliénés, de savoir si on doit remettre en liberté des persécutés qui ont commis des actes violents et qui paraissent momentanément guéris. Eh bien! la clinique démontre que le délire de persécution a des rémissions très-prolongées, mais ne se guérit presque jamais; les cas de guérison

sont rares; par conséquent il faut toujours être sur ses gardes avant d'affirmer qu'un malade atteint du délire de persécution est guéri et peut rentrer dans la société. Mais il importe beaucoup de savoir qu'il y a des rémissions très-prolongées, et que pendant ces périodes les malades cachent complètement leur délire et arrivent à le nier. La plupart de ces persécutés qui conservent beaucoup de facultés se servent de ces facultés qui leur restent pour nier ou cacher leur délire; ils déclarent qu'ils ont cru qu'ils étaient tourmentés, qu'ils avaient des raisons pour le croire, qu'il y avait des personnes qui les tourmentaient, mais qu'il n'en faut plus parler, que pour le moment actuel personne ne les tourmente, qu'ils ont renoncé à ces idées et qu'il faut les remettre en liberté. Ils parlent parfaitement bien, ils ont acquis une liberté d'esprit suffisante pour se faire les avocats de leur propre situation, les avocats de leur guérison; il est très-difficile de lutter contre des états semblables, lorsque le malade arrive à ce degré de lucidité relative et surtout pendant assez longtemps. Mais si on l'observe pendant plusieurs mois et plus longtemps, on arrive à constater qu'un nouveau paroxisme se produit, et tous les phénomènes qu'on avait constatés

 antérieurement se reproduisent, aussi bien ~~dans~~ les conceptions délirantes que les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale.

Voilà donc un premier point qui est important à noter dans la marche du délire de persécution.

Un autre point est relatif aux actes violents. Comme je le disais tout à l'heure, les persécutés peuvent être divisés en trois catégories : il y a les persécutés dont la maladie reste à l'état vague, qui n'ont pas spécifié leur délire. On leur en veut, on les poursuit, mais ils ne savent pas qui les poursuit. C'est pourquoi ils sont moins dangereux que les autres au point de vue des actes, ils ne peuvent s'en prendre à personne ; ils ne peuvent s'attaquer ni aux choses ni aux personnes ; ils ne s'attaquent même pas à des corporations générales ; ils ne peuvent accuser personne comme cause de leur délire. Ils sont moins dangereux au point de vue des actes.

Ceux qui accusent des collectivités ou des influences générales deviennent souvent plus dangereux parce qu'ils peuvent croire que ces influences générales se localisent momentanément dans telle ou telle personne. Ainsi ceux qui accusent la police peuvent croire qu'ils

rencontrent devant eux un agent de police, et, tout en accusant la police en général, ils peuvent se venger sur un agent en particulier. Il en est de même de ceux qui attaquent les Jésuites et les Sociétés secrètes, occultes; ils peuvent croire rencontrer sur leur passage un Jésuite déguisé ou conspirateur qui les poursuit; ils peuvent localiser momentanément leur délire et devenir homicides. Cela arrive souvent. Il en est de même de ceux qui accusent l'électricité, la physique ou le magnétisme. Ils peuvent croire qu'à un moment donné ils ont affaire à un individu qui les électrise, les magnétise ou les influence, tout en accusant des influences générales.

Mais les plus dangereux de tous, ce sont ceux qui personnifient leur délire, qui en veulent à M. un tel, à tel médecin, à tel prêtre, à tel parent; ceux-là n'ont qu'un persécuteur; ils ont un individu qui est le chef de la bande, qui est le véritable auteur de tous leurs maux, et c'est ainsi qu'on a vu des exemples de meurtres commis par des aliénés persécutés après des années entières de rumination du délire; il y a des malades qui ont prémédité un crime, un homicide pendant 10 ans, 15 ans et qui l'accomplissent un certain jour. Ce sont les malades les plus dangereux de tous les

 persécutés.

A ces caractères tirés du délire il faut en joindre un autre tiré de l'individu lui-même. M. Lasègue, dans son travail intéressant sur le délire de persécution, a insisté sur ce point que les persécutés étaient dangereux surtout quand ils avaient primitivement avant leur maladie un caractère violent. Il admettait qu'il faut tenir compte non-seulement de la nature spéciale de la maladie, mais de la nature spéciale du malade. M. Lasègue a prouvé par un grand nombre de faits que les aliénés persécutés se divisent en deux catégories, ceux qui, par nature, sont des gens inoffensifs, des gens doux, des gens faciles, des gens passifs et qui subissent passivement les tortures auxquelles ils se croient soumis; ces malades restent des heures entières assis sur un fauteuil, assis sur un siège, ou bien se promènent de long en large dans la cour, causent avec un interlocuteur imaginaire, entendent des voix, bondissant, comme ils le disent eux-mêmes, sous l'étreinte d'un ennemi caché. Eh bien! ces malades, malgré leurs cris, malgré leurs manifestations violentes, passent rarement à l'action parce qu'ils ont un caractère passif. Ils se plaignent beaucoup, ils écrivent, ils protestent, mais-là se bornent leurs manifestations violentes et ils ne passent

pas à l'action, ils ne se tuent pas ou ils ne tuent pas.

C'est-là le plus grand nombre de faits. Beaucoup de malades passent beaucoup d'années dans les asiles, même à ces degrés de persécution très-caractéristiques sans commettre d'actes violents. Il en est d'autres qui vivent dans les grandes villes, qui sont en liberté, qui s'isolent, qui vivent dans un hôtel, tout seuls, qui n'ont même pas de domestique, parce qu'ils se méfieraient de leur domestique, pour faire la cuisine, qui vont manger dans des restaurants différents pour ne pas être empoisonnés, qui prennent mille précautions pour éviter d'être empoisonnés et qui ne se livrent à aucune manifestation extérieure. Il y a des malades qui vivent dans les grandes villes 15 ans, 20 ans, en toute liberté, parce qu'ils n'ont pas de manifestations bruyantes et qu'ils ne passent pas à l'action. Ceci tient au caractère inoffensif du malade et à la nature spéciale de la maladie. Tandis que, au contraire, les individus de nature violente, vindicative, à passions haineuses, animés par la jalousie, par les passions violentes, ces malades sont très-dangereux, parceque avec le même délire ils veulent se faire justice à eux-mêmes, et ils suivent alors l'individu qui les poursuit, ils le poursuivent à leur tour; de persécutés ils deviennent persécuteurs

590 et persécuteurs en quelque sorte jour et nuit. Il y a des malades ainsi en liberté qui poursuivent un individu de lettres, de visites, d'obsessions incessantes; on rencontre partout son persécuteur; si on sort de son appartement, on le rencontre à la porte, dans la rue; si on fait un voyage, il vous suit, il vous accompagne non-seulement en France, mais à l'étranger; on a vu des persécuteurs de cette espèce suivre ainsi pendant 10, 15, 20 ans le même individu en le menaçant et en arrivant jusqu'au meurtre et à l'homicide. Rien n'est dangereux comme ces persécutés qui deviennent persécuteurs. Or, ils le deviennent non-seulement à cause de la nature même de leur maladie, mais quelquefois aussi à cause de leur nature particulière.

Vous voyez qu'il y a beaucoup de points importants à signaler dans l'étude du délire de persécution. Cette étude mériterait d'être faite avec beaucoup plus de détails, mais je suis obligé d'abréger, parceque j'ai voulu concentrer tout dans une seule leçon. Il me reste à vous parler d'une quatrième période du délire de persécution qui a été peu signalée, mais qui cependant commence à être connue. C'est M. Morel, de Rouen, qui, dans son traité des maladies mentales, a le premier signalé ce fait

important de la coïncidence du délire de grandeur avec le délire de persécution. M. Foville, fils, a fait depuis un mémoire très-intéressant sur la mégalomanie; il a puisé des observations à Charenton, qui démontrent qu'il y a deux genres de délires de grandeur, le délire de grandeur ou mégalomanie et le délire de grandeur de la paralysie. Le délire de grandeur a été étudié par Esquirol et tous les auteurs qui l'ont suivi, comme délire spécial sous le nom de mégalomanie, manie de grandeur pour le distinguer du délire ambitieux des paralytiques, mais on n'avait pas signalé avant M. Morel et M. Foville fils cette relation fréquente entre le délire de grandeur et le délire de persécution. Eh bien! à cette observation aujourd'hui admise généralement il faut ajouter que ce délire de grandeur n'arrive qu'à des périodes très-avancées du délire de persécution. Tous les individus atteints du délire de persécution ne peuvent point avoir du délire de grandeur, il faut avoir passé par des phases antérieures et il ne survient que chez les persécutés chroniques; il peut survenir plus tôt ou plus tard chez les malades, mais il ne survient que dans les périodes avancées. C'est une 4e période. Il faut avoir passé par la phase d'interprétation, la phase d'hallucinations de l'ouïe, la phase d'hallucinations de la sensibilité générale, avec hallucinations de l'ouïe complexes,

ce n'est qu'après cela qu'on arrive au délire de grandeur. Et, chose remarquable, dans la plupart des observations sérieusement faites, on constate que ce délire de grandeur arrive subitement presque toujours, et lentement dans certains cas; il se produit d'une façon inaperçue; on ne peut pas assister à sa naissance, mais d'autres cas il est permis de constater le moment où le délire de grandeur vient s'ajouter au délire de persécution. Les malades qui sont préoccupés pendant long temps de leur situation, qui se sont considérés comme étant le centre de l'univers, comme étant l'objet de l'attention générale, comme étant persécutés par des personnes, par des associations qui ont dû dépenser des sommes énormes pour arriver à les tourmenter comme cela pendant 10, 15, 20 ans, eh bien! ces malades, peu à peu, par un travail logique de l'esprit qui se fait d'une manière souterraine et latente, arrivent peu à peu à se dire: mais puisque je suis ainsi tourmenté et par tant de personnes qui se donnent la peine de me torturer ainsi et qui doivent dépenser des sommes énormes pour me faire espionner et surveiller, c'est que probablement je suis différent des autres, c'est que je suis un personnage exceptionnel, c'est que je suis

que qu'un, mais jusqu'à présent je ne m'en suis pas douté, mais en recherchant dans mon passé, peut-être dans mes ascendants il y a des circonstances qui m'ont échappé et qui expliquent mon origine illustre et mystérieuse. Ils arrivent ainsi, par un procédé logique, successif et latent, à se figurer qu'ils sont certains personnages, qu'ils sont princes ou princesses, qu'ils sont Louis XVII, qu'ils sont Napoléon, qu'ils sont fils naturels de rois, qu'ils ont été changés en nourrice, qu'ils ont été substitués à d'autres enfants, ils font tout un roman, et alors le délire de grandeur commence et vient se greffer sur le délire de persécution. Or, ces délires de grandeur ont presque tous ce caractère d'explications, ce caractère d'interprétations. La plupart des malades arrivés à cette période chronique ont un roman, ils ont une histoire dont ils précisent les différents détails. Ils montrent des papiers de famille; ils ont collectionné des titres, des objets, des croix, des médailles, des objets qui démontrent qu'en effet ils ont été changés en nourrice, qu'ils ont fait un héritage ou qu'ils ont un nom caché et qu'on ne leur avait pas manifesté jusque-là, enfin qu'ils sont un autre personnage. Ils cherchent à administrer la preuve de cette origine illustre, de cette origine exceptionnelle, et une fois cette idée entrée dans

 leur esprit, elle ne fait que grandir et elle persiste indéfiniment. Le délire de grandeur s'est installé de vive force dans l'esprit de l'aliéné et une fois qu'il est introduit il n'en sort plus et vient s'ajouter comme dernier caractère déjà très compliqué, et au lieu d'être des monomanes à cette période, au lieu d'être des individus qui se croient Napoléon, Louis XVII, des personnages quelconques ayant joué un rôle historique soit dans les temps anciens, soit dans les temps modernes, ces malades, au lieu d'être des monomanes, sont atteints d'un délire de persécution des plus complexes. Ils ont été tourmentés depuis leur naissance, on les a tourmentés même pendant leur jeunesse, ils ont été victimes des Jésuites, de conspirations occultes, du magnétisme, de la sorcellerie. Ils ont des hallucinations de l'ouïe nombreuses, des hallucinations de la sensibilité générale, en un mot ils ont le délire de persécution le plus compliqué qui puisse exister, malgré les apparences de monomanie : ils ne parlent que de leur grandeur, et ils mettent de côté le délire de persécution qui est le véritable fond de la maladie. Pour les bien étudier, il faut y consacrer du temps, il faut chercher le délire de persécution sous le délire de grandeur. Le délire de grandeur est seul apparent à cette période.

Les malades se présentent comme des souverains, comme des princesses, ils ont une attitude particulière, ils ont un costume, ils ont des manifestations extérieures même dans l'habillement, même dans les asiles où on cherche à les soumettre à la règle la plus stricte, la plus absolue, ils parviennent à se constituer tout un costume particulier et on croit avoir affaire à des gens raisonnables, très-sensés, très-lucides, qui ont une idée de grandeur dans l'esprit. C'est une erreur fondamentale; il n'y a pas de délire plus complexe, contenant plus d'éléments maladifs que ces prétendus mégalomanes.

Je tenais beaucoup à insister sur ce rapport entre le délire de grandeur et le délire de persécution. Ceci me paraît un fait clinique particulier et qui est acquis depuis peu de temps à la science. Le travail de M. Foville fils, couronné par l'Académie de médecine, a donné la confirmation de ce fait déjà très-bien entrevu par M. Morel.

Vous voyez que sous une forme très-abrégée à laquelle j'ai été condamné par la brièveté de ce cours, on peut arriver à préciser les caractères du délire de persécution d'une manière assez nette pour en faire

 une maladie spéciale au milieu des maladies mentales. Certainement il y a des idées de persécution au milieu des autres maladies mentales; il y a des maniaques qui se croient poursuivis, tourmentés; il y a des mélancoliques anxieux ou tendant à la stupeur qui ont des idées de persécution, mais ils ne présentent pas cet ensemble de phénomènes que je viens d'indiquer et surtout cette succession de phénomènes qui est importante dans la marche de la maladie, qu'il faut ajouter comme ca=ractère à l'ensemble des symptomes qui la caractérisent; il faut donc reconnaître que le délire de persécution est une maladie spéciale, et que, jusqu'à nouvel ordre, jusqu'à ce que nous possédions une classification plus complète des maladies mentales, il importe de le détacher au moins comme variété dans le groupe beaucoup trop vaste des mélancoliques. Je vous ai déjà dit, en parlant de l'alcoolisme, qu'il y avait des alcooliques qui se croyaient persécutés, mais j'ai eu soin également à cette époque de vous indiquer à quels caractères on peut distinguer le délire de persécution alcoolique du délire de persécution chronique dont je viens de vous parler. Les principaux caractères sont ceux-ci: dans le délire

alcoolique il y a des visions, il y a des troubles de la vue, non-seulement des perceptions subjectives, mais les al=:cooliques voient des fantômes, des spectres, ils sont sous l'empire de terreurs, mais de terreurs visuelles; de plus ils ont des phénomènes physiques de fourmillements, d'anesthésie des phénomènes du côté des fonctions physiques. Enfin il y a ce caractère sur lequel M. Lasègue a insisté, c'est que les alcooliques fuient devant leurs visions; celles-ci, dans le délire alcoolique, ne restent pas en place, elles se déplacent, et les malades fuient l'objet de leur délire; les hallucinations sont mobiles, elles s'éloignent du malade, elles se rappro=:chent et déterminent une terreur panique et forcent le malade à se sauver. Il se sauve par la porte, par la fenêtre, tandis que le persécuté, même dans la plus grande excitation, reste immobile, il est cloué sur son siège ou bien il se promène de long en large dans une cour, mais il ne fuit pas sous l'empire de son délire. C'est à ces caractères principaux qu'on peut distinguer les deux espèces de délires de persécution.

Dans la prochaine séance, je vous parlerai du délire partiel expansif, ce qu'on a appelé les diverses formes de monomanie.

598.

18e Leçon

20 Janvier 1877.

Messieurs,

J'ai à vous parler aujourd'hui de l'aliénation partielle expansive. Comme je vous l'ai dit précédemment, c'est une des grandes divisions de la classification actuelle des maladies mentales. Nous avons d'une part l'aliénation générale ou état de manie et l'aliénation partielle, qui se subdivise en deux grandes catégories : l'aliénation partielle dépressive, et l'aliénation partielle expansive.

Dans les séances précédentes, nous avons étudié les différentes variétés de l'aliénation partielle dépressive,

 c'est-à-dire les variétés de la mélancolie. Nous avons terminé par l'étude du délire de persécution qui est la troisième variété des mélancolies. Le délire de persécution est un délire mélancolique au point de vue des idées prédominantes; mais c'est déjà un délire expansif au point de vue de l'état général. C'est ce qui m'a fait lui donner le nom de mélancolie active; le fond d'acti: :vité est déjà voisin du fond d'expansion ou de gaieté. Cependant Esquirol et ses élèves ont classé ordinaire: :ment le délire de persécution dans la mélancolie, parce qu'ils classaient ces délires plutot d'après les idées prédominantes que d'après l'état général. Monsieur Baillarger qui a fait, comme je vous l'ai déjà dit, des modifications à la classification d'Esquirol, M. Baillarger a divisé les mélancolies en deux catégories, les mélancolies dépressives qui se rapprochent du délire général, et les mélancolies actives qui se rapprochent du délire partiel expansif. Cette observation faite par M. Baillarger est parfaitement exacte, et précisément nous sert de base au rapprochement dont je vous parle en ce moment. Le délire mélancolique actif se rapproche beaucoup des délires partiels expansifs dont

nous avons à parler aujourd'hui. Ces délires partiels expansifs sont connus généralement sous le nom de monomanie. Le mot de monomaniaques a été créé par Esquirol pour désigner tous les aliénés qui ont des idées fixes prédominantes, ou même qui n'ont qu'une seule série d'idées fixes. C'est-là le sens étymologique du mot. Monomanie veut dire délire sur un seul objet ou une seule série d'objets. Je vous ai déjà dit combien cette donnée psychologique était erronée, et qu'il n'existait pas à proprement parler de monomaniaque dans le sens rigoureux du mot. Il n'y a pas d'aliéné qui soit préoccupé uniquement d'une seule idée, ou d'une seule série d'idées. Chez les aliénés, le délire est plus complexe, plus étendu qu'il le paraît au premier abord. Il y a des idées fixes prédominantes, il y a des idées fixes qui attirent l'attention de l'observateur d'une manière presque exclusive. Mais il n'y a pas d'idée unique; c'est une thèse que mon père a défendue pendant toute sa vie, à laquelle il a consacré plusieurs mémoires, plusieurs travaux, de démontrer que l'aliénation partielle n'est jamais limitée à une seule série d'idées ou à une seule idée. Néanmoins il y a des délires limités, il y a des délires restreints,

532. Il y a des délires qui se coordonnent plus ou moins autour d'une certaine série d'idées. Ils ne sont pas exclusivement réduits à une seule idée, et ils se concentrent autour d'idées du même genre, d'idées analogues : ce sont les délires partiels expansifs. On les appelle expansifs pour indiquer l'état général sur lequel reposent les idées prédominantes à l'origine ; on se sert du mot de gaieté : les anciens admettaient des délires gais, par opposition aux délires tristes. Rusch, un auteur américain, a même donné à cet état le nom d'amœnomanie, c'est-à-dire manie gaie. Pour Esquirol également, la monomanie avait comme caractère principal la gaieté, de même que la mélancolie avait pour caractère la tristesse. Mais le mot de gaieté n'est pas tout-à-fait assez général pour s'appliquer à tous les états de délires partiels expansifs. Les délires partiels ne sont pas tous gais, les délires expansifs, mais ils sont tous actifs, il y a chez tous ces malades une tendance à l'expansion, une tendance à manifester au dehors sous une forme active, sous une forme énergique, leurs idées prédominantes, et c'est sous ce rapport qu'ils se distinguent des mélancolies ; tandis que les mélancoliques

sont concentrés en eux-mêmes, ne parlent pas, parlent très-peu, et n'ont aucune expansion extérieure. Les mono=
=maniaques ou malades atteints de délire partiel, ont besoin d'expansion ont besoin de répandre au dehors leurs préoccupations intérieures. C'est par ce caractère commun qu'ils se rapprochent les uns des autres, quelle que soit la diversité de leurs idées délirantes. A l'époque actuelle, dans l'état d'imperfection de nos classifications, nous sommes encore obligés d'étudier le délire partiel au point de vue des idées dominantes. Je vous ai dit bien souvent combien ce procédé était vicieux et incomplet; mais jusqu'à nouvel ordre, nous sommes obligés de nous maintenir au niveau actuel de la Science, sans devancer l'avenir. Nous aurons donc à étudier successivement aujourd'hui plusieurs délires prédominants: le délire religieux, le délire érotique et le délire orgueilleux. Ce sont les trois principales divisions de la monomanie d'après Esquirol et tous ses élèves: la monomanie religieuse, la monomanie érotique, la monomanie ambitieuse ou orgueilleuse. On a admis beaucoup d'autres variétés de monomanies; et en particulier les monomanies basées sur les actes dont je vous ai déjà parlé: la monomanie du vol, de l'homicide, du suicide, la monomanie incendiaire.

534. On a admis ces diversités, ces variétés de mélancolies basées sur les actes ; mais c'est surtout au point de vue des applications médico-légale. J'ai déjà eu occasion de vous parler en passant de ces diverses variétés de délires partiels à propos des actes des aliénés, actes de vol ou d'homicide ou d'incendie. J'ai eu soin de vous dire en effet que ces actes peuvent se produire dans des formes très-diverses de maladies mentales. Il y a des aliénés qui volent, qui tuent, qui incendient aussi bien parmi les épileptiques que parmi les alcooliques, aussi bien parmi les hystériques que parmi les paralytiques. Toutes les variétés de l'aliénation mentale peuvent conduire à ces actes justiciables des tribunaux. C'est donc une erreur de faire de ces actes le fond dominant d'une espèce de monomanie. La monomanie homicide, la monomanie incendiaire, la monomanie du vol n'est en réalité qu'une dénomination pour indiquer un acte qui peut se produire dans des états très-différents : le vol peut survenir chez les paralytiques, chez les hystériques, chez les épileptiques, chez tous les aliénés en un mot. Le vol ne suffit donc pas pour caractériser une monomanie, pour admettre la monomanie du vol, de l'incendie, de l'homicide, etc, il

faudrait admettre qu'il y a des maladies qui ne présentent pas autre chose que ce penchant maladif à l'homicide, au vol ou à l'incendie. Or, c'est précisément ce que contestent certains auteurs, et ce que nous contestons particulièrement, à savoir qu'il y ait des monomanies exclusives, c'est-à-dire des monomanies con=sistant uniquement dans ce fait de l'homicide, du vol, de l'incendie ou du suicide. Dès lors qu'on n'admet pas ces faits exclusivement portant sur un seul penchant, sur un seul acte, il n'y a pas lieu d'admettre des monomanies correspon=dantes. Esquirol avait eu soin de distinguer deux espèces de monomanies: des monomanies instinctives; c'est ce qu'il a fait pour l'homicide, par exemple; il a admis qu'il y avait des monomaniaques ayant absolument un phénomène morbide, le penchant au meurtre, et des monomaniaques, au contraire ayant une diversité d'idées, et arrivant à l'homicide par des causes ou des motifs différents: pour Esquirol, il y avait deux espèces de monomanies homicides, la monomanie homicide instinctive, essentielle, et la monomanie homicide motivée par des idées délirantes ou par des hallucinations. Mais ces faits de monomanie dite instinctive sont extrêmement rares, sont très-contestables, et lorsqu'on les étudie attentivement, on découvre qu'indépendamment de ce penchant au meurtre, au vol, à

 l'incendie, il y a d'autres phénomènes du délire ; par con-séquent, ce ne sont pas en réalité des monomanies essen-tielles de l'homicide, du vol ou de l'incendie. Nous aurons donc à nous occuper principalement aujourd'hui de trois variétés de délires partiels ; je commencerai par le délire partiel religieux. Cette distinction basée sur des idées prédominantes est très-vicieuse et laisse beaucoup à désirer. C'est une distinction provisoire ; mais à laquelle nous sommes obligés de nous rattacher jusqu'à nouvel ordre. Le délire religieux a été très-étudié ; il a été étudié non-seulement par les médecins, mais par des auteurs étrangers à la médecine ; il était extrêmement fréquent au moyen-age. Au moyen-age, beaucoup de délires qui appartiennent à d'autres caté-gories de maladies mentales revêtaient la forme religieuse ; le délire de persécution lui-même, comme je vous le disais dans la dernière séance, prenait très-souvent au moyen-age la forme mystique, la forme religieuse. Au lieu de se croire persécuté par la police, par le magnétisme, par la physique ou par d'autres influences occultes, on se croyait persécuté par le diable ; le délire de persécution devenait de la démonomanie. Il y a d'autres états, des états hystériques, épileptiques, appartenant à d'autres formes de maladies

mentales qui revêtaient également le cachet religieux. Ce n'est pas à ce point de vue que nous devons étudier cette forme religieuse dans la séance d'aujourd'hui; il s'agit seulement pour le moment des délires à prédominance d'idées religieuses. Ces délires étaient extrêmement fréquents autrefois, et ils sont encore fréquents dans les campagnes, dans les points éloignés des grands centres de population; mais on a fait l'observation que dans les grandes villes, comme Paris, par exemple, dans les villes où un grand nombre d'individus sont concentrés, les idées religieuses diminuent d'intensité, et l'état physiologique et maladif revêt moins souvent cette forme mystique, cette forme d'idées prédominantes religieuses. Mais cependant, encore aujourd'hui, dans nos asiles de Paris, on voit des aliénés où prédominent des idées religieuses. Ce délire se présente sous deux formes différentes, sous la forme épidémique, et sous la forme isolée, individuelle. La forme épidémique a été très-fréquemment observée; elle est très-remarquable; il y a dans les auteurs de nombreuses relations de folie religieuse épidémique: plusieurs auteurs ont fait même des ouvrages sur ce sujet, entre autres Calmeil, qui a publié une étude sur l'épidémie de la folie, ont trouvé également ce sujet intéressant dans l'histoire de la médecine de Hecker, dans cet auteur célèbre en Allemagne

538. qui s'est occupé de l'histoire de la médecine en général, et qui a consacré une partie de cet ouvrage à l'étude des folies épidémiques. La folie épidémique religieuse a été observée dans tous les temps; mais dans des états déterminés. Il y a des épidémies qui surgissent à un moment donné dans certaines localités, et qui portent à la fois sur un grand nombre de personnes; une population entière se trouve entraînée plus ou moins dans le courant du délire religieux. Cette étude mériterait d'être faite avec soin: on constaterait alors des conditions générales qui président à la formation de ce délire religieux; ordinairement, ce sont des conditions identiques, ou du moins très-analogues; c'est à la suite de prédications, à la suite de missions, à la suite de circonstances générales qui ont entraîné beaucoup d'esprits dans une même direction, et dans un état d'enthousiasme temporaire de mysticisme communicatif, qui de certains individus très-exaltés passe peu à peu dans l'esprit d'autres personnes voisines, et ce ne sont pas seulement les femmes, les enfants; ce sont même les hommes qui subissent plus ou moins à divers degrés cette influence générale. Dans ces conditions qui ont été bien observées par divers auteurs, on constate des faits qui se produisent ordinairement, et

qui ont beaucoup de points de contact.

Non-seulement, les idées religieuses prennent le caractère d'une grande exaltation, d'une exaltation qui se rapprocherait de certains états physiologiques; mais viennent se joindre à cet état d'exaltation religieuse que tout le monde comprend, que tout le monde connaît, viennent se joindre des phénomènes pathologiques spéciaux. Ainsi, il est d'observation que, dans ces grandes folies religieuses, il y a des symptômes physiques très-nombreux : les malades ont des anesthésies, des hyperesthésies générales ou partielles, des phénomènes de contracture musculaire, des spasmes, de la catalepsie, des mouvements choréiformes. Dans presque toutes les épidémies de folie religieuse, on a constaté en même temps que des idées mystiques générales des phénomènes physiques très-nombreux ; on a constaté par exemple la danse de St. Guy, ce qu'on a appelé corybantisme ; on a vu des foules entières se livrer à des mouvements, à des contractions bizarres, à des danses, à des danses extraordinaires autour du tombeau d'un saint, d'une sainte, autour d'une église, d'une chapelle de la Ste Vierge. Il y a dans l'histoire des exemples nombreux d'épidémies de folie religieuse qui ont gagné toute une population, et qui ont eu des caractères communs dans un grand nombre de malades à la fois. Ces malades avaient des attaques, des

540. attaques semi-hystériques, ils avaient des convulsions, ils avaient des spasmes, ils avaient des phénomènes exta=
=tiques et cataleptiques, et en même temps ils avaient des phénomènes choréiformes et nerveux très-variés. Cet état s'accompagnait de phénomènes nerveux très-variés.

Indépendamment de ces faits, il y a une autre coïncidence assez remarquable, une sorte de contraste : c'est que la plupart de ces malades en même temps qu'ils sont dominés par des idées religieuses, ont aussi des idées érotiques. Il y a un mélange de préoccupation religieuse et de préoc=
=cupation érotique, quelquefois même obscène ; il y a un mélange dans le langage de ces malades de ces deux tendances qui existent très-fréquemment ensemble au moment où l'exaltation arrive à son suprême degré, au moment de l'explosion complète. Tous ces faits là sont bien loin de l'exaltation religieuse simple, de celle qu'on peut constater à l'état physiologique, sous l'influence du mysticisme ; ce n'est pas la même chose, c'est une véritable maladie mentale avec tous les caractères physiques et moraux, avec un ensemble de phénomènes qu'il faut décrire. Il faut donc avoir grand soin, quand on fait de la clinique véritable de maladies mentales, de ne pas se borner à décrire la

pathologie de la physiologie ; il ne faut pas se borner à décrire des traits de mysticisme, comme on dit, pour faire la folie religieuse. Ce n'est pas ainsi qu'on doit procéder. Lorsqu'on a dépassé les limites physiologiques, on entre dans un monde nouveau où il y a des phénomènes particuliers que la clinique seule peut nous enseigner. Il faut donc s'abstenir de conclure de la physiologie à la pathologie : la première peut nous servir de moyen d'étude ; mais elle ne peut pas nous servir de base pour la description de la maladie. Les maladies mentales comme les maladies ordinaires veulent être étudiées en elles-mêmes, telles qu'elles se présentent (1) dans la nature, et elles ne doivent pas être déduites théoriquement d'une connaissance physiologique. Ceci est surtout vrai pour les phénomènes religieux. Indépendamment de ces phénomènes que je ne fais qu'indiquer, il y a un caractère très-essentiel dans les folies religieuses et qui est le fait constant ; c'est la présence des hallucinations de la vue, et d'hallucinations de la vue d'une nature particulière, avec des caractères propres ; l'hallucination de la vue est presque inséparable du délire religieux, tandis que dans le délire de persécution elle est extrêmement rare, elle n'existe presque jamais, et que l'hallucination de l'ouïe, au contraire, est le fait dominant ; dans

 le délire religieux, c'est l'hallucination de la vue qui domine ; presque tous les malades qui ont des délires religieux, ont eu ou ont actuellement des hallucinations de la vue ; presque toujours vous les entendez raconter des visions ; quand il s'agit de délires religieux l'hallucination de la vue est presque inséparable du délire religieux, sous quelque forme qu'il se présente ; aussi bien au moyen-age, aussi bien dans les épidémies que dans les délires sporadiques, dans les délires isolés, que nous observons plutôt de nos jours. Dans les délires religieux, il y a des hallucinations de la vue ; mais elles ont certains caractères propres ; elles diffèrent totalement de celles que je vous ai décrites précédemment en parlant des délires toxiques, et surtout des délires alcooliques, tandis que dans tous les délires de maladies cérébrales aiguës, dans le délire des fièvres, les hallucinations de la vue ressemblent à des fantasmagories, vont et viennent, marchent, se détachent d'une muraille ou d'un tableau ; marchent vers l'observateur, reviennent en arrière, sont mobiles, ont un mouvement perpétuel, se remplacent comme des fantasmagories, dans le délire religieux les hallucinations de la vue se présentent tout autrement ; elles se présentent d'abord d'une manière isolée ; elles se présentent

spontanément à un moment donné ; elles se présentent dans des conditions particulières. L'individu ordinairement s'est livré à une abstinence et à une contemplation prolongées. C'est à la suite de ces conditions à la fois physiques et morales, que tout-à-coup, au moment d'une prière, dans le fond d'une église, dans une chapelle isolée, ou dans un point déterminé, l'individu qui est dans la contemplation voit apparaître tout-à-coup l'image d'un saint, l'image de la Ste Vierge, ou de Dieu lui-même, qui se détache, qui sort en quelque sorte de dessous terre comme dans les théâtres, qui apparaît comme une vision immobile au milieu souvent d'une grande lumière, d'une lumière éclatante, ou au milieu d'un nuage, comme une forme blanche, comme une forme mal dessinée, incomplètement dessinée ; mais comme une forme cependant assez nette pour qu'il puisse en décrire les contours.

L'hallucination de la vue dans les visions religieuses a presque toujours ce caractère : c'est une forme humaine ; c'est une statue qui sort de terre, ou qui se détache de la muraille et qui, une fois sortie, reste immobile devant l'observateur pendant plusieurs secondes, pendant plusieurs minutes, pendant un temps plus ou moins long sans aucun mouvement. C'est une apparition, cette apparition a des contours assez

544 - bien déterminés ; elle a une forme générale que le malade décrit très-bien ; mais il lui est difficile de préciser exactement les détails des traits ; il voit par exemple un fantôme blanc ; il voit un fantôme dont il peut décrire les contours généraux ; mais il ne peut pas préciser exactement la forme des yeux, du nez, de la bouche, tous les détails de la physionomie. Il a une vision d'ensemble très-bien caractérisée, mais sans avoir les détails extérieurs précisés. C'est sous cette forme ordinairement qu'apparaissent la Ste Vierge, les Sts Anges ou Dieu lui-même. Ces hallucinations se produisent rarement chez l'aliéné ; c'est une vision ; c'est une apparition qui arrive à un moment donné ; mais qui reste longtemps avant de se produire. Elle ne se reproduit pas à chaque instant, à chaque moment, comme cela arrive pour les hallucinations de l'ouïe. Les hallucinations de l'ouïe, surtout chez les aliénés chroniques, sont un phénomène presque constant qui existe toujours à tout moment, à toute heure. L'hallucination de la vue, au contraire, est un épisode dans la vie des aliénés ; il se produit une vision à un moment donné ; cette vision peut se reproduire 2, 3, 5, 10 fois, à divers intervalles ; mais à des intervalles assez éloignés ; il n'y a pas à chaque instant chez

l'aliéné religieux des hallucinations de la vue. Ceci n'est pas comparable du tout aux phénomènes de la vision, à la perception subjective dont je vous ai parlé, à propos d'autres délires toxiques. Ce ne sont pas les insectes, les araignées, les lueurs phosphorescentes qu'on aperçoit dans les maladies de la rétine ; ce ne sont pas les caractères de la vision subjective ; les visions des délires religieux apparaissent d'une façon incidente, épisodique. Mais elles ne sont pas le fait constant habituel. Voilà trois caractères pour les visions religieuses ; le premier de ces caractères, c'est qu'elles sont immobiles ; le second, c'est qu'elles sont muettes ; elles ne parlent jamais ; le troisième, qu'elles se présentent sous la forme épisodique. Elles ne parlent jamais, c'est-à-dire qu'il n'y a pas mélange entre les hallucinations de la vue, et les hallucinations de l'ouïe. On pourrait faire des recherches nombreuses dans les auteurs mystiques, dans les auteurs sacrés qui ont raconté un grand nombre de visions de ce genre et également dans les observations recueillies dans les asiles d'aliénés, et on ne trouverait que très-peu d'exemples d'hallucinations de la vue, du délire religieux qui soient accompagnées d'hallucinations de l'ouïe. Les hallucinations de l'ouïe appellent souvent

546. à leur suite des hallucinations du tact, de la sensibilité générale comme dans le délire de persécution; il arrive souvent dans ce délire qu'un malade entend une voix qui lui annonce qu'il va être frappé, qu'il va être piné, qu'il va être torturé; et un instant après, ou au même moment, il ressent la sensation qu'on lui annonce par le sens de l'ouïe. L'hallucination de l'ouïe et l'hallucination de la sensibilité générale s'attirent l'une l'autre assez fréquemment dans les délires de persécution chroniques. Il n'en est pas de même du tout de l'hallucination de la vue et de l'hallucination de l'ouïe. Ces deux espèces d'halluci=:nations sont presque incompatibles l'une avec l'autre: dans le délire de persécution on entend des voix; on n'a pas de vision; dans le délire religieux on a des visions; mais elles ne parlent pas; elles ne sont pas accompagnées de voix, et la preuve, la preuve manifeste, c'est que lorsque les malades disent avoir reçu un ordre venant de Dieu, de la Ste Vierge ou des Saints, et qu'on leur demande des explications très-exactes, ils racontent que c'est par un geste, par un signe, par un signe emblématique, par un cœur traversé par une flamme, une épée, ou par un signe visuel quelconque, quelquefois par une phrase écrite

au bas d'une statue, que cet ordre leur a été donné. C'est un ordre impératif venant de Dieu, des Saints, de la Ste Vierge;+ mais qui a été donné sous une forme visuelle et jamais sous une forme auditive. C'est un fait clinique extrêmement important; je ne dis pas qu'il n'y ait pas peut-être des exceptions; mais d'une manière très-générale, le fait est exactement vrai, à savoir que l'hallucination religieuse de nature visuelle n'entraîne pas à la suite l'hallucination de l'ouïe. Pas du tout; les visions sont muettes; et c'est par un signe visuel que la vision donne un ordre impératif à l'aliéné. Il arrive souvent que ces malades accomplissent des actes violents ou des actes de toute nature en vertu d'un ordre qu'ils ont reçu d'en haut, et dans ce cas, l'acte est presque irrésistible; il y a des malades qui tuent leurs enfants, qui tuent d'autres hommes, qui accomplissent plusieurs meurtres successifs ou qui font des actes violents quelconques en vertu d'un délire religieux; ils ont reçu un ordre, mais ils l'ont reçu par voie de vision, et non pas par la voix de l'oreille. Il n'y a pas eu de voix qui leur ait commandé; ils ont interprété un signe; mais ils n'ont pas entendu nettement une voix; il n'y a pas eu hallucination de l'ouïe.

548. Les autres hallucinations peuvent exister et existent assez souvent dans le délire religieux ; il y a des hallucinations de la sensibilité générale. Ainsi dans tous les délires dont on a rapporté l'observation au Moyen-âge, on signale le fait de l'odeur du soufre, ou de l'odeur de cadavre et d'odeurs diverses, des sensations variées du goût ou de la sensibilité générale : les malades sont torturés, ils sont pincés, ils sont piqués ; ils éprouvent des sensations, des hallucinations du tact, en même temps que de la vue ou parallèlement ; mais ils éprouvent rarement des hallucinations de l'ouïe. Il y a donc dans les délires religieux des hallucinations de l'odorat, du goût et du tact en même temps que des hallucinations de la vue, surtout lorsque le délire est très-complexe comme cela arrive dans certains cas. Le délire religieux peut être étudié même de nos jours dans des asiles d'aliénés. On rencontre dans tous les asiles un certain nombre de malades qui croient avoir une mission sacrée, une mission religieuse ; qu'ils ont reçu de Dieu la mission de réformer la société, de changer la religion, de prêcher une religion nouvelle ; souvent même ils cherchent à en pratiquer quelques préceptes, comme par exemple, le précepte de ne

jamais manger de viande, de vivre avec des légumes; des préceptes relatifs à leurs costumes, à leurs manières de vivre. Chacun a souvent des bizarreries dans ses actes en vertu de la nouvelle religion qu'il est chargé de prêcher. Il y a dans tous les asiles d'aliénés des malades de ce genre qui ont un délire à prédominance religieuse, et ce délire religieux n'est pas de la démonomanie. Le délire démono-:maque tel qu'il a été décrit au moyen-âge, et qu'il l'est de nos jours est un délire à prédominance religieuse, mais qui se rapproche beaucoup du délire de persécution, comme je le disais dans la dernière séance, et les malades qui au moyen-âge croyaient à l'influence du diable, alors qu'aujourd'hui ils croiraient à l'influence du magnétisme, de la police, de la physique; ces malades se rapprochent beaucoup du délire de persécution. Dans les relations faites de démonomanie il faut donc faire cette distinction; il y a certains délires qui se rapprochent du délire religieux, et d'autres du délire de persécution; mais la démonomanie présente comme le délire de persécution beaucoup de phénomènes physiques. Chez les démonomaniaques il y a des sensations, des anesthésies, des hyperesthésies, des phénomènes musculaires absolument comme dans le délire religieux épidémique dont

550. je veux parler tout à l'heure. Quelquefois même les malades croient avoir une partie de leur corps qui leur manque, qui est coupée, ou qui est plus lourde, ou qui est plus légère qu'à l'état normal. Ce sont ces sensations qui s'étendent à la personnalité tout entière, déterminent une transformation de la personnalité, déterminent la lycanthropie; il y en a qui se croient transformés en loups, en animaux quelconques, et qui imitent les actes et les cris de ces différents animaux. C'est un détail de l'accès qui est la conséquence de ce premier phénomène, qui est un phénomène d'anesthésie ou d'hyperesthésie, c'est l'altération de la sensibilité générale qui donne lieu à ce délire dans la plupart des cas. Le délire religieux entraîne, comme je le disais tout à l'heure, à des actes violents, à des actes d'homicide, à des actes dangereux; et il entraîne également souvent à des mutilations. Il y a dans la science un assez grand nombre de malades qui, sous l'empire d'un délire religieux, se sont coupés un pied, un doigt, un poignet ou même les parties sexuelles. Il y a à cet égard dans le délire religieux, une sorte d'aptitude particulière à se mutiler, et dans les asiles d'aliénés, les exemples qui ont été cités de

mutilation de ce genre, appartiennent presque tous au délire mystique, au délire religieux.

Je regrette d'être obligé de passer si vite à un autre genre de délires, il y aurait beaucoup de détails à donner; mais le temps me presse, et je vais dire quelques mots du délire érotique. Le délire érotique présente deux formes différentes qui ont été admises par Esquirol et par d'autres auteurs: la forme physique et la forme idéale en quelque sorte. La forme physique c'est une prédominance d'érotisme brutal auquel on a donné le nom de nymphomanie chez la femme, ou de délire érotique proprement dit chez l'homme. Cette forme d'érotisme ne constitue pas une espèce particulière de maladie mentale; c'est un symptôme qui peut se présenter dans toutes les formes; il y a des maniaques, il y a des paralytiques, il y a des hystériques qui présentent tous l'érotisme, soit d'une manière continue, soit d'une manière accessoire ou accidentelle. L'érotisme sous cette forme se présente dans toutes les formes de maladies mentales; il y a des malades atteints d'aliénation simplement, et qui sont érotiques au plus haut degré; les femmes surtout sont provocantes, obscènes en public; en un mot, c'est ce qu'on a appelé nymphomanie, ou symptômes nymphomaniaques;

. cela ne mérite pas une description particulière.
L'érotisme se présente d'une manière continue ou d'une manière accessoire dans d'autres formes de maladies mentales. Il n'en est pas de même de l'érotomanie, comme a dit Esquirol. Les malades peu nombreux qui appartiennent à cette forme, se rencontrent cependant dans la plupart des asiles d'aliénés, et également dans la société; il y a des malades qui s'éprennent à partir d'un certain moment d'un amour idéal pour une certaine ~~femme~~ personne, et la plupart du temps, cette prédominance s'applique à une personne que le malade n'a vue qu'en passant, ou n'a même jamais vue. Ces malades tout à coup s'éprennent d'un amour idéal pour un prince, une princesse, ou pour une personne qu'ils ont rencontrée une fois par hasard au théâtre, dans la rue; à partir de ce moment, le malade est épris, et continue à se préoccuper presque exclusivement de la personne aimée : sous ce rapport, ce fait se rapproche absolument de ce qui existe à l'état normal et de ce qui est décrit dans les romans. Mais cet amour, cet amour érotique diffère singulièrement par l'ensemble de ses phénomènes de l'amour à l'état physiologique, et même dans ses exagérations les plus grandes, telles qu'elles ont été décrites par les romanciers.

Il ne faut pas confondre, pas plus pour le délire érotique que pour le délire religieux, l'état physiologique même extrême, exagéré, avec l'état pathologique proprement dit. Les malades atteints de cette forme de délire érotique, présentent des caractères tout à fait spéciaux. Ce sont des malades qui ont un délire partiel, et un délire partiel expansif; ils ont besoin de parler, ils ont besoin d'écrire; ils parlent beaucoup; ils racontent à tout venant leurs préoccupations, leurs idées dominantes; ils racontent dans quelle condition ils ont rencontré pour la première fois, la personne qu'ils poursuivent de leurs obsessions, et ils entrent alors dans beaucoup de détails sur les circonstances qui ont accompagné la naissance de leur passion et ses différentes phases. Sous ce rapport déjà, ils diffèrent beaucoup de l'état physiologique. Dans l'état physiologique, on peut faire des confidences à certaines personnes avec des précautions nombreuses, à certaines personnes; mais on ne raconte pas à tout venant, au premier venu, l'objet de ses préoccupations intimes; on ne raconte pas ses peines de cœur à tout le monde. Eh bien! l'aliéné au contraire, dans cette catégorie là comme dans les autres, a besoin d'expansion; il a besoin de confidences publiques; c'est même, pour le dire en passant, une circonstance très importante au point de

554. vue de l'enseignement clinique. On dit souvent que c'est une chose fâcheuse que d'exposer les aliénés à la vue des élèves, de mettre en public leurs préoccupations intimes. Cela paraît vrai à première vue; mais les aliénés ont besoin d'expansion, à l'exception de quelques mélancoliques, les aliénés ont besoin de confidence publique, et ils vont au-devant de l'observateur et de l'observation; la plupart des aliénés, excepté certains mélancoliques, ont plaisir à divulguer leurs préoccupations, et à les émettre en public, de sorte que l'une des objections qu'on a faites contre l'enseignement clinique des maladies mentales tombe devant l'observation de chaque jour. Ceci est surtout exact pour les aliénés érotiques. Ces malades ont besoin d'écrire et de parler; ils ont besoin de raconter à tout venant leurs préoccupations, et les détails les plus intimes de leurs préoccupations; et c'est surtout dans leurs écrits que se manifeste ce délire; tandis que chez d'autres aliénés, les écrits sont souvent assez raisonnables, plus raisonnables que les paroles; chez les malades érotiques, c'est le contraire; c'est surtout dans leur correspondance que l'on peut constater leur délire. Ces correspondances ont des caractères tout particuliers et des caractères très-distincts qui méritent d'être signalés. M. Marcé a fait un mémoire

très-intéressant sur les écrits des aliénés ; M. Brierre de Boismont en a fait un autre ; mais malgré les détails très-curieux contenus dans ces écrits, il y a beaucoup à dire encore sur les écrits des aliénés. Les aliénés écrivent d'une façon toute particulière et la forme de leurs écrits varie souvent avec la forme des maladies mentales. Eh bien ! dans les délires érotiques, les lettres, les correspondances ont un caractère particulier. Presque toujours les phrases sont incomplètes, les phrases sont fragmentées, et présentent beaucoup de points d'exclamation, d'interro=gation, ou des points très-fréquemment répétés. Les malades s'arrêtent à moitié chemin ; leurs écrits sont pleins de réticences, ils sont pleins de réserves ; ils commencent une confession, une confidence ; ils s'arrêtent à moitié chemin en général ; ils écrivent à l'objet de leur préoccupation ; ils croient être devinés à demi-mot ; ils croient n'avoir pas besoin de développer, et ils s'arrêtent à moitié chemin, persuadés que la personne qu'ils aiment a deviné leur pensée, et qu'elle la connaît à l'avance, de sorte que leurs écrits paraissent bien plus incohérents que leurs paroles. Un aliéné de cette espèce, même à l'état chronique, lorsqu'il parle, parle assez raisonnablement, tandis que ses lettres sont à peine déchiffrables, au moins à première vue, quand on n'en a pas la clef. Quand on

556. a causé longtemps avec ces aliénés, quand on est au courant de leur histoire, on peut comprendre le sens de leurs lettres; mais si on lit leurs lettres sans le commentaire de leurs paroles, il est presque impossible d'arriver à les deviner. Ces lettres sont un vrai ~~grimoire~~ impossible à déchiffrer par elles-mêmes, elles sont très-nombreuses, très-longues, et se ressemblent presque toutes; il y a des correspondances infinies, une lettre, plusieurs lettres par jour, qui contiennent absolument les mêmes idées, avec de simples variantes, mais avec ces mêmes caractères de phrases fragmentées, incomplètes, de phrases suspendues par points, par des réticences. Le malade s'arrête tout à coup dans l'expression de sa pensée; tout malade érotique présente cette particularité dans la correspondance.

De plus, comme chez d'autres aliénés, la correspondance présente les mêmes caractères qui ont été déjà signalés, à savoir qu'il y a un grand nombre de mots soulignés; qu'il y a des mots écrits plus gros les uns que les autres; il y a des arabesques, des enjolivements de mots, soit sur l'enveloppe de la lettre, soit autour du papier lui-même; il y a mille accessoires qui accompagnent les écrits de beaucoup d'aliénés chroniques, et surtout

dans cette forme de délire érotique. Ces malades, lorsqu'ils sont arrivés à avoir la prédominance d'idées érotiques mettent leurs actes en rapport avec leurs paroles, contrairement à ce que je vous dirai pour les paralytiques. Les actes sont assez suivis chez ces malades; ces malades poursuivent de leurs obsessions continuelles la personne objet de leur amour, ils la cherchent partout, ils veulent la rencontrer, ils l'aperçoivent; ils se promènent la nuit sous ses fenêtres, ils l'épient au moment de sortir, devant les portes, ils sont partout, comme on dit vulgairement; quand on les chasse par la porte, ils reviennent par la fenêtre; ce sont, à ce point de vue, de véritables persécuteurs. Il y a dans la science et dans l'observation un certain nombre d'exemples de malades qui sont devenus dans ces conditions de vrais fléaux, de vraies plaies de famille; on ne peut pas s'en débarrasser, on fait des voyages pour les éviter; ils vous suivent partout; ils vous poursuivent de ville en ville, de pays en pays, non-seulement de leurs lettres journalières, même de leurs visites, et de leurs obsessions de tout genre. Il y a à cet égard dans la science des observations extrêmement curieuses, et qui toutes se ressemblent, de sorte que ces malades qui ne paraissent pas très-dangereux; qui passent rarement

 à des actes violents, à des actes d'homicide, sont néanmoins des malades qu'on est obligé de séquestrer, parce qu'ils deviennent de vrais fléaux de famille, hommes ou femmes, impossibles dans la société, ils deviennent de véritables persécuteurs; après avoir attendu très-longtemps, après avoir essayé par tous les moyens de leur échapper, et d'échapper à leurs obsessions, on est obligé de se décider à les faire enfermer, soit la famille elle-même, soit la personne qui fait l'objet de leurs persécutions incessantes. Lorsque ces malades entrent dans l'asile dans ces conditions, ils continuent absolument dans l'asile, ce qu'ils faisaient dans la société, ils continuent à écrire des lettres tous les jours; ils continuent à répéter leurs préoccupations à tout venant, et ne changent pas d'objet. Il y a ceci de très-remarquable, que leur passion une fois concentrée sur une personne même qu'ils n'ont jamais vue, qu'ils ne connaissent que de nom, cette passion ne change pas d'objet, ne s'applique pas à d'autres personnes. Il n'en est pas du délire érotique comme de la passion de l'amour à l'état normal. La passion de l'amour peut changer d'objet, et rester le même au fond, chez l'aliéné au contraire, l'objet ne

varie pas, et pendant des années, c'est vis-à-vis de la même personne, du même prince, de la même princesse, ou de la même personne dans une situation plus ou moins élevée, que l'aliéné concentre son délire ; quand une fois il a accepté une certaine forme de délire il reste fixe jusqu'à la fin. Vous voyez donc, et ceci est bien abrégé, car j'aurais d'autres dé=veloppements à donner à cet égard ; vous voyez que le délire érotique, sous sa forme idéale, sous sa forme platonique en quelque sorte, est tout-à-fait spécial et présente de véritables types qui se ressemblent énormément ; lorsqu'on en a observé deux ou trois, on peut connaître tous les autres : ab uno disce omnes. Ce sont de véritables types distincts dans l'histoire de l'aliénation mentale. Ils se rapprochent cependant par des caractères communs, de tous les autres délires partiels ; comme les autres délires partiels, il commence par la période d'élaboration, d'incubation, pendant laquelle le délire est encore incertain, mal déterminé, et ils arrivent peu à peu à un roman bien précisé, bien déterminé et bien net, à un roman qui est alors systématisé et même stéréotypé, il passe comme les autres aliénés partiels par les trois phases de développement habituel des idées fixes.

Ce que je viens de vous dire du délire érotique,

 s'applique exactement au délire orgueilleux. Je vous ai déjà parlé de ce délire orgueilleux à propos du délire de persécution, en vous disant qu'il devenait souvent comme la dernière phase, comme la dernière période de la mélancolie avec l'idée de persécution; mais il peut se produire également, spontanément. Ce délire auquel on a donné le nom de mégalomanie, peut, en certain cas, survenir sans avoir passé par les phases préalables du délire de persécution. Il y a deux formes, deux variétés de mégalomanie; celle qui succède au délire de persécution, et celle qui existe à l'état distinct. Il y a dans tous les asiles d'aliénés un certain nombre de malades, qui sans être paralytiques, et sans jamais le devenir, ont néanmoins des idées de grandeur et d'orgueil; c'est une catégorie à part; dans tous les asiles on en signale quelques-uns; ce sont des malades qui ont passé par des phases antérieures de délire; car cette maladie est une maladie chronique; mais après avoir passé par les phases diverses de la mélancolie ou de la manie, ils arrivent à un délire systématisé dans lequel l'orgueil domine. Ces malades presque tous ont un délire très-coordonné, qui les distingue essentiellement des paralytiques. Les aliénés

paralytiques à délire ambitieux croient être plusieurs personnages dans le même moment ou dans un autre, ils sont tantôt papes, tantôt empereurs, Napoléon, ils changent de personnalité à chaque instant; le délire des paralytiques est mobile, multiple et contradictoire comme je le dirai. Le délire orgueilleux démonomaniaque est au contraire parfaitement précisé, parfaitement limité. Le malade, à partir d'un certain moment, est arrivé à découvrir que sa personnalité était changée, qu'au lieu d'être ce qu'il était autrefois, un ouvrier, un commerçant, un bourgeois, un rentier, un homme appartenant à une position sociale quelconque, il s'est aperçu qu'il avait une autre personnalité, en creusant dans son passé, en cherchant dans ses anté=cédants, en cherchant dans ses papiers de famille en quelque sorte, il est arrivé à découvrir un beau jour qu'on s'était trompé sur son compte, qu'on l'avait pris pour un homme comme un autre, tandis qu'il était en réalité un homme exceptionnel, ayant une haute naissance, appartenant à une famille différente de la sienne. Il recherche dans son origine, dans sa naissance, dans sa première enfance des preuves à l'appui de ce roman délirant, et il retrouve qu'il a été changé en nourrice, qu'on lui a changé son acte de

562. naissance, qu'il y a eu erreur sur sa personne, que ses parents se sont trompés, qu'il était un enfant naturel ou un enfant adultérin, que sa naissance est différente de celle qu'on lui a attribuée jusque là, il constitue tout un roman, tout un système délirant, et à partir de ce moment, sa personnalité est changée, il cesse d'être Monsieur un tel; il devient un prince, il devient roi, empereur. Dans tous les temps on a vu des malades de cette espèce, il y a eu autrefois un grand nombre de Louis XVII, qui se croyaient Louis XVII, il y en a d'autres qui se croyaient Napoléon, alors qu'il était mort à Ste Hélène; d'autres se croyaient fils de roi, fils de souverain, fils naturel ou légitime, et ils croient avoir droit au trône, il y a très-souvent des procès devant les tribunaux qui s'appliquent à des aliénés de cette espèce, des individus qui pendant toute leur vie s'imaginent pouvoir trouver qu'ils appar=tiennent à telle famille noble et royale, et avoir des papiers démontrant évidemment leur droit éventuel à la couronne. Il y a tous les jours des procès, soit en France, soit à l'étranger, qui ne sont pas basés sur autre chose que sur ce délire de grandeur systématisé,

sur ce délire de grandeur parfaitement coordonné.
Ces malades diffèrent essentiellement des paralytiques; ils en diffèrent d'abord parce que leur délire est bien systématisé, il est bien coordonné, il forme un tout; le malade l'explique, le motive, le discute, il donne des arguments, il répond aux objections, il donne des preuves, des démonstrations pour tous les faits qu'il allègue; c'est un avocat, qui défend sa cause, et souvent avec une grande habileté. Le paralytique au contraire ne défend rien du tout, il énonce une idée qui pousse dans son esprit d'une façon accidentelle, spontanée, et un autre jour il en exprime une autre toute contradictoire des précédentes. Il n'y a donc pas de rapport entre le délire de grandeur des paralytiques et celui des aliénés chroniques dont je parle aujourd'hui, des mégalomanes puisqu'on leur a donné ce nom. Ils ont un délire parfaitement coordonné et motivé. Ils vont plus loin; non-seulement le délire est motivé dans sa contexture, dans sa composition; mais il est conséquent avec lui-même dans ses actions. Ces malades agissent en vertu de leur délire, ils adoptent certains costumes, une certaine manière d'être extérieure; ils ont une attitude d'orgueil et de

-grandeur ; ils ont un port, une pose, une attitude spéciale, qui permet de les reconnaître même de loin dans un asile d'aliénés, ils ont certaines particularités dans leur costume qu'ils ont adopté, et qu'ils ne changent jamais ; mais dans les actes ils sont conséquents avec leurs idées délirantes, et ils poursuivent leur but par tous les moyens. Non-seulement ils vont devant les personnes qui pourraient leur servir à faire réussir leur dessein ; mais ils écrivent des lettres nombreuses. Quand ils sont en liberté, ils mettent ses lettres à la poste, ils les font parvenir à destination ou les envoient aux autorités ; ils font des réclamations incessantes pour obtenir la ratification de leurs titres ; ou pour obtenir la position à laquelle ils aspirent ; ils vont même trouver le chef de l'état pour réclamer leurs droits, et pour se constituer à l'état de roi ; de souverain futur, ou de président de la république selon les cas, mais ils se présentent devant les autorités compétentes pour faire reconnaître leurs droits ; ils agissent en conséquence de leurs principes, et c'est ce qui ordinairement les fait enfermer ; car ces malades arrivent à l'état chronique, sont souvent assez inoffensifs ; ils

peuvent vivre dans leur orgueil sans donner lieu à aucun incident fâcheux dans la société; ils se contemplent eux-mêmes, ils sont enchantés de leur situation imaginaire; ils semblent s'en contenter, mais ils vont réclamer, et c'est à cause des réclamations incessantes qu'ils adressent par écrit ou de vive voix aux autorités, qu'on les enferme. Il y en a cependant qui vivent pendant quinze, vingt ans dans la société sans arrivés dans les asiles; mais ceux qui y sont enfermés l'ont été à la suite de réclamations de ce genre. C'est parce qu'ils ont réclamé leurs droits avec persistance et souvent avec violence, qu'on a été obligé de les séquestrer et de les amener dans les asiles. Une fois enfermés, ils conservent dans l'asile l'attitude de la dignité, de l'orgueil, et ils ont quelquefois beaucoup d'apparence de raison; quand ils ne sont pas encore arrivés à la période de chronicité la plus avancée, quelques personnes peuvent douter de leur délire. Il y en est même qui font admettre par beaucoup de personnes la réalité de leur titre imaginaire, il y en a qui convainquent un certain nombre de personnes qu'ils sont réellement Louis XVII, Napoléon, ou fils de roi, de souverain, et qui font croire à la réalité de leur titre imaginaire. Il y a un grand nombre d'exemples de malades

566 - qui sont arrivés à se faire une suite et des partisans, qui sont parvenus à convaincre un certain nombre d'avocats, de journalistes ou d'hommes du monde, qu'ils avaient réellement le titre qu'ils revendiquaient. Ce sont des malades dangereux à ce point de vue, parce qu'ils arrivent à faire des procès, et à avoir des défenseurs. Il y a des avocats extrêmement distingués qui ont pris le parti de pareils aliénés, et qui ont eu beaucoup de peine, à certains moments où ils s'apercevaient de l'état de folie, à reculer quand il était temps encore, avant d'arriver jusqu'aux procès publics. Ces malades ont tant d'apparence de raison, justifient si bien en apparence leurs imaginations, que beaucoup de personnes peuvent y être prises, sans doute quand on ne connaît pas cette forme particulière de l'aliénation mentale. C'est donc bien là un délire partiel limité à un certain nombre d'idées, mais en observant attentivement, il y a beaucoup plus que l'idée dominante. L'idée dominante frappe le passant, mais l'observateur médecin voit beaucoup plus au fond de cette maladie; il y a un ensemble de phénomènes, de symptômes, qui caractérisent la véritable maladie mentale et qui la différencient

essentiellement d'une simple idée fausse qui serait implantée dans une intelligence restée saine. Cette idée, cette conception de la monomanie qui existe encore dans beaucoup d'esprits est tout-à-fait erronée et contraire à l'observation vraie. Quand un malade a accepté comme vraies une série d'idées fausses, c'est que son état mental est tombé dans son ensemble, c'est qu'il y a une atteinte portée, pour accepter comme vraies des choses que tous les esprits repoussent comme impossibles et invraisemblables. Il y a là un ensemble de phénomènes négatifs qui permettent à l'aliéné d'accepter comme vraies des énormités, des choses que tout esprit doué de raison repousserait immédiatement. La monomanie dite orgueilleuse est beaucoup plus complexe qu'on ne le croit de prime abord. Ces malades ont systématisé leur délire, ils l'ont concentré autour d'un certain nombre d'idées qui paraissent très-nettes; mais indépendamment de ce système délirant, il y a un ensemble de phénomènes physiques et moraux qu'il faut étudier pour rester dans le vrai de la pathologie, pour être médecin, pour être pathologiste, il faut voir l'ensemble de l'état mental et ne pas se borner à l'état délirant; il ne faut pas écrire les observations sous la dictée de l'aliéné, il faut observer

568. soi-même longtemps, il faut voir les malades dans les conditions diverses, les observer en liberté et enfermés, les voir chez eux et en public, observer non-seulement leur langage, mais leurs écrits et leurs actes; il faut voir l'homme tout entier dans toutes ses manifestations au lieu de se borner à l'étude d'un seul point soit l'idée prédominante, soit les généralités que j'ai déjà exposées plusieurs fois. Il n'y a pas surtout autant de variétés de monomanie dans ces délires expansifs; d'une part le délire religieux, le délire érotique, le délire orgueilleux d'autre part; c'est-là la cause d'erreurs, c'est-là l'écueil. On se borne à faire des observations de romancier, des observations pittoresques qui peuvent être très-intéressantes au point de vue du journalisme, au point de vue du roman, mais qui ne sont pas médicales; on prend un point saillant du délire, ce qui saute aux yeux à première vue et on ne voit pas le fond de la maladie, l'état général du malade; on ne voit pas son état physique, les troubles de toutes ses fonctions et l'ensemble des troubles de son intelligence. Il y a là une coordination de phénomènes pathologiques qui, seule, peut donner une idée vraie de la maladie.

C'est surtout dans les actes, dans le jugement des actes que cette étude est indispensable. Quand l'un de ces malades se présente devant un tribunal soit à propos d'une accusation de séquestration, soit à propos d'une de ces revendications dont je parlais tout à l'heure, eh bien! les magistrats et les avocats peuvent être parfaitement pris par les malades et ils croient à la réalité de leurs affirmations, mais le médecin est bien plus difficile à convaincre parce qu'il lui est possible de constater d'autres phénomènes morbides. Mais pour cela il faut étudier le malade pendant assez long temps. C'est pourquoi il ne faut pas se contenter d'un interrogatoire d'une heure, de plusieurs heures comme on fait très-souvent; il faut que les malades soient suivis pendant un certain temps, parce que ce qu'on n'a pas pu observer un jour on le constate le lendemain, et ce n'est qu'à la condition de les suivre pendant assez long temps soit en prison, soit dans les asiles d'aliénés, qu'on peut faire un rapport médico-légal sérieux, et à cette condition seulement on peut avoir l'observation de l'ensemble de la maladie, ce qui est tout-à-fait essentiel surtout au point de vue médico-légal. Ces malades ont souvent trompé des magistrats, des avocats, et même ils ont été en justice

la cause de véritables scandales qui ont été très-difficiles à éviter dans leurs conséquences. Il faut donc tâcher que l'observation clinique devienne le véritable point d'appui pour le médecin-légiste, au lieu de faire de la médecine légale d'avocat, il faut faire de la médecine légale de médecin; il faut étudier le malade lui-même tel qu'il est et tel qu'on l'observe cliniquement, et éclairer l'observation du cas particulier par l'observation des cas analogues que l'on a étudiés antérieurement. C'est pourquoi la clinique est la vraie base de la médecine légale, et, comme disait mon père, toutes les questions de médecine légale se réduisent à l'idée de diagnostic; il faut se demander si on a à faire de la médecine légale, si le cas particulier est semblable à ceux qu'on a observés. Il faut avoir vu les aliénés tels qu'ils sont, dans les conditions où ils ne sont pas portés à simuler ou à dissimuler, alors qu'ils n'ont aucun intérêt à masquer leur délire, et, quand on en a vu un grand nombre, on se demande si le cas particulier qu'on vous soumet dans la question de médecine légale est un aliéné semblable à ceux qu'on connaît déjà. Ce n'est qu'à cette condition de comparer le cas actuel aux cas

préalablement connus qu'on peut faire de la médecine légale réellement scientifique. Ceci est applicable à tous les cas d'aliénation ou de monomanie. Au lieu de croire à l'existence d'idées fausses dans un esprit sain, il faut voir un ensemble de faits pathologiques et voir le malade tel qu'on l'observe dans les asiles d'aliénés; il faut faire l'observation de tous les symptômes physiques et moraux. C'est à cette condition là qu'on peut arriver à faire de la médecine légale pratique et vraiment médicale.

Dans la prochaine séance je continuerai ce sujet en vous parlant de la folie systématisée, c'est-à-dire de ce qu'on appelle ordinairement la démence des asiles d'aliénés. J'ajouterai quelques considérations sur les démences des affections cérébrales et surtout sur les affections apoplectiques. Après cette leçon, j'aborderai l'étude de la paralysie générale à laquelle je pense consacrer au moins trois leçons. Je crois que ce cours se continuera encore pendant quatre ou cinq leçons au plus; avec la paralysie générale, je crois que j'aurai parcouru à peu près le cercle complet des principales formes connues des maladies mentales.

19.e Leçon

23 Janvier 1877.

Messieurs,

J'ai à vous parler aujourd'hui des formes chroniques de la folie et de la démence. Les formes chroniques de la folie sont mal limitées dans l'état actuel de la science ; il est impossible de préciser où commence la période chronique et où finit la période aiguë des maladies mentales. La limite est tout-à-fait arbitraire et artificielle. Néanmoins, il est utile de conserver cette distinction au point de vue de la pratique. Il y a en effet des différences considérables entre un aliéné chronique et un aliéné aigu. Les caractères que je vous ai indiqués dans les précédentes séances, sur la

574 -manie, sur la mélancolie et le délire partiel expansif, vous ont montré quels sont en général les symptômes de la folie dans les périodes aiguës. Il faut opposer à ce tableau la description des périodes plus avancées ou périodes chroniques des maladies mentales. Lorsque les maladies mentales arrivent à une période avancée elles revêtent peu à peu, progressivement, très lentement, certains caractères communs qui permettent à un médecin clinicien, à un médecin observateur, de distinguer à première vue qu'il a affaire à un malade atteint déjà depuis longtemps de maladie mentale. Lorsque vous parcourez les asiles d'aliénés même assez rapidement, lorsque vous avez déjà vu beaucoup de malades, il vous est facile de dire en cinq minutes, en entendant parler un aliéné, si ce malade est récemment atteint, ou si, au contraire, sa maladie est déjà ancienne. Il en est de ces symptômes de la chronicité comme de certains signes qui, dans l'art vétérinaire, par exemple, permettent de reconnaître au moyen des dents l'age d'un cheval. La maladie a également des ages; les aliénés atteints depuis longtemps de folie ont des caractères communs qu'il importe de signaler et d'étudier. Le premier de ces caractères c'est la disparition

du fond primitif des maladies mentales. Je vous ai dit que dans les maladies aiguës il y a ordinairement un fond, un état général de tristesse, de gaîté ou d'activité; les malades mélancoliques, maniaques ou monomaniaques ont un état général, ils sont tristes, ils sont gais, ils sont atteints d'une façon générale, indépendamment de leurs idées prédominantes. Dans les formes chroniques de la folie, au contraire, ces caractères généraux de l'aliénation mentale tendent à disparaître pour faire place à un état général d'inertie et d'indifférence : l'aliéné qui est arrivé à la période de chronicité n'est ni triste ni gai, ni actif. Il exprime des conceptions délirantes nombreuses, des hallucinations, des illusions, il a des symptomes très-nombreux de trouble mental, mais le fond général de maladie c'est l'immobilité; il n'est plus triste ni gai, il est indifférent et inerte. Ceci indique un fait capital qui est tout-à-fait caractéristique des formes chroniques; cela indique la débilité intellectuelle. Tout aliéné qui est arrivé à la chronicité est un être affaibli; il a baissé, le niveau de son intelligence est diminué, il n'est plus ce qu'il était autrefois, et on peut constater cette différence en soumettant à certaines expériences le malade; il n'est plus capable de faire les efforts intellectuels

 qu'il aurait faits autrefois avant sa maladie; il a baissé, non-seulement au point de vue de la mémoire qui est une faculté dont l'abaissement est plus facile à constater, mais au point de vue des facultés en général l'aliéné chronique est faible, il est débile d'une manière générale; il a un fonds de débilité qui a succédé au fonds de tristesse ou au fonds de gaîté des périodes antérieures. C'est-là l'état général des folies chroniques. Mais cette débilité est-elle aussi prononcée qu'on l'imagine ordinairement? Est-elle assez intense pour caractériser ce qu'on appelle habituellement la démence? C'est une grande erreur de croire que l'aliéné par cela seul qu'il arrive à la chronicité tombe en démence; c'est une erreur très-répandue, très-généralement acceptée, mais qui est une erreur, ce n'est pas une vérité; il n'est pas exact que tous les aliénés chroniques tombent en démence. C'est une opinion qui a été admise sans conteste par la plupart de nos prédécesseurs; mais lorsqu'on examine de près l'état des aliénés chroniques, on s'aperçoit qu'il y a un certain nombre qui conservent jusqu'à la fin une assez grande activité intellectuelle. On ne peut pas poser en principe que tout aliéné arrivant à la

chronicité tombe nécessairement en démence, si l'on entend par le mot de démence ce que Pinel et Esquirol ont entendu par ce mot, c'est-à-dire l'affaiblissement considérable de l'intelligence et des facultés, l'oblitération en quelque sorte de l'intelligence. C'est l'expression dont se sert Pinel. Eh bien! certainement les aliénés chroniques n'arrivent pas à perdre toute leur intelligence; ils n'arrivent pas à l'état complet de démence. Si l'on veut trouver des exemples de démence vraie, de démence complète, il faut plutôt les chercher parmi les malades atteints d'affections organiques du cerveau que parmi les aliénés proprement dits. Les aliénés chroniques ne sont pas tous en démence et même la majorité de ces aliénés conserve encore une assez grande activité intellectuelle pour donner le change, et ils passent pour des hommes assez intelligents, assez actifs, au point de vue de leurs facultés intellectuelles et morales. C'est donc une grande erreur de proclamer comme l'on fait généralement que tout aliéné qui arrive à la chronicité tombe nécessairement en démence. Il faut distinguer la folie chronique, la folie systématisée de la démence proprement dite pour être dans le vrai. Nous allons donc aujourd'hui nous occuper d'abord

 de la folie qu'on a appelée systématisée, folie chro-nique, puis nous parlerons de deux formes principales, de la démence sénile et de la démence apoplectique, réservant cette dernière pour les leçons suivantes. La folie systématisée, comme on l'a désignée dans les dernières années, a des caractères communs qui sont intéressants à connaître et qui permettent de distinguer les aliénés chroniques des aliénés à l'état aigu. Ces caractères se manifestent à la fois dans le langage et dans les actes. Tout aliéné qui est arrivé à la chronicité arrive, comme je l'ai déjà dit, à un état où son délire est non-seulement systématisé, mais même stéréotypé, c'est-à-dire que les malades ont un certain roman, un certain système de délire organisé, et ils le répètent à tout venant, dans les mêmes termes, de la même façon, avec les mêmes expressions. Que vous observiez le malade le matin, le soir, un jour ou l'autre, vous le trouvez toujours semblable à lui-même; au lieu de présenter des rémissions, des alternatives comme nous en avons signalé dans les périodes aiguës, le malade chronique est toujours semblable à lui-même, il est stéréotypé; il répète les mêmes mots, les mêmes idées avec les mêmes termes, quelles que soient les

personnes auxquelles il parle. L'aliéné dans les périodes aiguës change au contraire son langage, il modifie son langage selon les personnes, il se contient, il se tient sur la réserve, il ne se laisse pas facilement aborder; il dissimule une partie de son délire; c'est ce qui souvent trompe les personnes qui ne sont pas habituées à observer les aliénés; le malade se transforme, il joue un rôle, il se modifie selon les personnes avec lesquelles il parle. L'aliéné chronique, au contraire, émet son délire sans aucune réticence, sans aucune précaution, toujours de la même façon vis à vis de tout le monde. C'est déjà un très-grand caractère distinctif entre la folie chronique et la folie aiguë. Quand on fait une clinique dans un asile d'aliénés, il est très-facile de faire remarquer la différence saillante qui existe entre ces deux catégories d'aliénés; elle saute aux yeux à première vue. Vous avez des malades qui ne craignent pas du tout de raconter publiquement leur histoire, de dire devant un grand nombre d'élèves tout ce qui les préoccupe, de raconter toutes les persécutions dont ils se croient l'objet, toutes les hallucinations qu'ils éprouvent le jour et la nuit. Ce sont évidemment des malades chroniques; tandis que dans les périodes aiguës de l'aliénation mentale, il

 faut souvent des circonstances favorables à l'observation, il faut la confiance du malade pour le médecin, il faut le tête-à-tête; il faut être le confident de confiance ou de confession. Pour l'aliéné chronique, toutes ces précautions ne sont pas nécessaires; l'aliéné chronique se manifeste devant tout le monde, sans aucune précaution oratoire, il aime à vous parler. C'est un fait qu'on ne connait pas généralement et qu'il importe de connaître, surtout au point de vue de la clinique de l'aliénation mentale. Beaucoup des observations qu'on a faites contre cette clinique tombent d'elles-mêmes en présence de ce fait que les aliénés ne craignent pas de se montrer, ils aiment à parler, à se faire connaître tels qu'ils sont au moins dans la période de chronicité. Or, dans les asiles d'aliénés, l'immense majorité des malades sont des aliénés chroniques, de sorte que nous avons là une matière d'enseignement extrêmement nombreuse, très-étendue, qui permet de montrer les aliénés sous les formes les plus diverses.

Voilà donc un premier caractère: l'aliéné arrivé à la période chronique se manifeste facilement,

est toujours le même vis à vis de toutes les personnes qui se présentent et avec les mêmes expressions. De plus, pour parler toujours du langage, l'aliéné a ordinairement un vocabulaire. Dans les premières périodes des maladies mentales, comme je vous l'ai déjà dit, le malade hésite entre plusieurs conceptions délirantes, il n'a pas encore fixé son délire, il n'est pas tout-à-fait systématisé; il n'est pas arrivé à se faire un thème, un roman, un système de délire parfaitement combiné. Plus tard, au contraire, ce roman est fait, il est constitué, le délire est organisé, et non-seulement il est organisé au point de vue des idées mais il est organisé au point de vue des mots. Tout aliéné arrivé à la chronicité a un vocabulaire qui lui est propre; il emploie des expressions tout-à-fait étranges, tout-à-fait extraordinaires, ou des expressions usuelles mais auxquelles il donne un sens particulier; il a un langage qui lui est propre. Ce langage varie suivant les malades; chacun se fait son vocabulaire, mais une fois le vocabulaire formé, le malade le répète à tout venant et indistinctement, sans aucune précaution oratoire. Aussi, lorsqu'on interroge un malade dans un asile d'aliénés, est-on très-étonné d'entendre le malade tout-à-coup lancer un mot

582. tout-à-fait inattendu, un mot étrange dont le malade croit que vous comprenez le sens ; il l'a répété lui-même si souvent, il a répété si souvent ce mot, cette expression de langage qu'il croit que tout le monde la comprend. Il n'a pas l'idée d'en donner l'explication ; c'est un mot qui lui est familier, une expression qui, pour lui, a une valeur particulière, et il ne comprend pas que tout le monde ne la saisisse pas aussi bien que lui-même. Il y a sous ce rapport des expressions extrêmement variées employées par les aliénés, on pourrait en faire une nomenclature très-étendue ; des malades vous parlent beaucoup de signes de vie, des mots comme cela auxquels ils attachent un sens particulier. Chaque malade chronique a un vocabulaire qui lui est propre, un vocabulaire tout-à-fait spécial et qu'on ne comprend pas à première vue. Toutes les fois que vous entendez un aliéné au milieu d'un discours, au milieu de l'exposition de ses idées, lancer un mot inattendu, un mot étrange, vous pouvez affirmer qu'il est arrivé à la période chronique ; il est stéréotypé dans son langage comme dans les idées délirantes. Le même caractère,

on peut le poursuivre jusque dans les actes : les aliénés arrivés à la période de chronicité ont également adopté certains tics, certaines attitudes, et ils accomplissent d'une manière automatique certains actes. Il y a des malades, par exemple, qui se promènent en cercle ; d'autres qui se promènent de long en large constamment ; il en est qui sont assis d'une certaine façon dans un coin, parlant avec des personnages imaginaires, des interlocuteurs imaginaires, se livrant à certains gestes particuliers, des gestes toujours les mêmes. Quand on visite des asiles d'aliénés, on trouve dans les différentes sections, des malades qui attirent votre attention par ces actes bizarres tout particuliers ; on est surtout frappé de ces tics, de ces attitudes, quand on voit des aliénés chroniques en liberté, par exemple, dans la colonie de Gheel, en Belgique, où mille aliénés circulent librement au milieu d'une population de six mille paysans ; ces aliénés se promènent dans les champs, dans les rues, ils s'arrêtent dans un coin, près d'une maison, sur une place publique, et se livrent alors à des contorsions, à ces gestes, à ces tics, à ces attitudes qui indiquent à elles seules la chronicité de la maladie. Tout aliéné qui a un langage et des actes particuliers, dissidents de ceux

584 de l'homme raisonnable, est par cela même arrivé à la chronicité ; ce sont des signes très-importants et qui sont la véritable marque de l'ancienneté de la maladie. Ce caractère qui existe dans le langage et dans les actes existe surtout dans le délire lui-même. Lorsqu'on ne se borne pas à observer un aliéné, à distance, en passant, mais lorsqu'on l'interroge plus profondément, plus attentivement, on trouve dans son délire lui-même, dans la constitution même de son délire des signes de chronicité. D'abord, les idées délirantes sont beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus complexes, elles sont systématisées, elles sont coordonnées autour d'un centre commun ; sous ce rapport elles tendent davantage à l'unité, mais elles sont infiniment nombreuses. L'aliéné, quand on l'étudie attentivement, a un très-grand nombre d'idées délirantes ; ces idées se rattachent à un centre commun, par exemple, à l'idée de grandeur, à l'idée de persécution, aux idées religieuses, à un thème, à un système établi dans l'esprit du malade ; mais les conceptions délirantes sont très-nombreuses, beaucoup plus qu'à l'époque d'acuité. Il en est de même des hallucinations ; la plupart des aliénés chroniques sont

en même temps des hallucinés. L'hallucination, qui manque souvent dans la folie aiguë, est beaucoup plus constante dans les folies chroniques, et c'est des aliénés chroniques qu'Esquirol aurait pu dire avec vérité qu'il y avait parmi les aliénés 80 hallucinés sur 100 malades. Cette proportion, qui n'est pas exacte pour les périodes aiguës, peut être vraie pour les périodes chroniques. Plus la folie avance vers la chronicité, plus les hallucinations deviennent nombreuses, les hallucinations de tous les sens, les hallucinations de l'ouïe surtout, les hallucinations de la sensibilité générale, du goût et de l'odorat; il n'y a guère que la vue qui fasse exception; dans la plupart des aliénations chroniques, les hallucinations de la vue sont rares; les hallucinations de la vue représentent une période d'acuité dans les maladies mentales, c'est une période de paroxysme, de congestion cérébrale, de mouvement cérébral intense qui se produit rarement dans les périodes chroniques. Mais les autres hallucinations sont extrêmement fréquentes chez les aliénés chroniques, et non-seulement elles sont fréquentes; mais elles sont complexes; elles se produisent réciproquement, comme j'ai déjà dit à propos du délire de persécution. L'hallucination de l'ouïe fait celle

 de tuer, on entend des menaces, on entend des injures, on entend des paroles qui vous menacent de telle ou telle douleur. Quelques instants après on sent la douleur qui vous a été annoncée. Il y a un rapport entre l'hallucination de l'ouïe, et l'hallucination de la sensibilité générale. Il y a des malades qui vous disent même très-souvent : comment voulez-vous que je ne croie pas à ce que j'entends; puisque la personne qui me poursuit, la personne qui me tourmente, qui me torture, me prévient qu'elle va me faire éprouver telle douleur; et en effet, quelque temps après, je l'éprouve. Il y a un lien entre les hallucinations; une hallucination d'un sens en entraîne une autre dans un autre sens. Il est de même des hallucinations de l'ouïe, qui appellent les hallucinations du goût, de l'odorat; il y a des malades auxquels on lance des substances styptiques, métalliques dans la bouche, du soufre, et auxquels on annonce ce fait qui va se produire; une voix les prévient qu'on va les empoisonner, leur jeter dans la bouche des substances nuisibles, et en effet, ils ont une sensation gustative de ce qu'ils croient, une hallucination styptique; il y a des rapports entre les différentes espèces d'hallucinations.

Ce fait est rare dans les périodes aiguës, tandis qu'il est fréquent dans les périodes chroniques; et ce que j'ai déjà dit à propos du délire de persécution, et à propos du délire orgueilleux chronique, s'applique à tous les délires chroniques. Les hallucinations de l'ouïe prennent alors la forme du dialogue ou du monologue; elles deviennent des phrases prolongées, des discours; au lieu d'être composées de simples mots, de mots isolés, comme cela arrive dans les périodes aiguës, l'hallucination dans les périodes chroniques devient un langage, devient une conversation mentale; le malade entend des conversations très-étendues, il entend les demandes et les réponses; il entend sa propre pensée, et des réponses faites à sa pensée. Sa personnalité est comme dédoublée; il y a deux personnes en lui: le malade qui pense et une personne étrangère, qui lui vole ses pensées, qui les lui prend, et qui y répond à l'aide de porte-voix, à l'aide de systèmes mystérieux; on répercute au dehors sa propre pensée, et elle lui revient sous forme d'écho. Ce phénomène de l'écho qui est très-fréquent dans les hallucinations chroniques, est à lui seul un signe de chronicité. Dans les périodes aiguës de l'aliénation mentale, on n'éprouve pas ce phénomène. Il y a des

588. des hallucinations isolées, consistant en mots nombreux, toujours les mêmes, isolés; — mais on n'a pas la répercussion de sa propre pensée. Toutes les fois qu'un malade vous dira, et il y en a beaucoup, je ne peux pas penser, on me soumet à des tortures atroces; on me prend ma pensée avant que j'aie eu le temps de la concevoir; je n'ai plus mon moi, ma personnalité, on me vole mes pensées, je ne peux pas penser sans que immédiatement mes idées soient répercutées au dehors, et tout le monde sait ce que je pense; et la preuve, c'est qu'on établit avec moi des dialogues; ma pensée se répercute au dehors sous forme d'écho. Beaucoup de malades expriment ainsi leur délire au point de vue de l'hallucination; et ce fait indique la chronicité de la maladie. Ce sont des signes très-importants, qui par l'ensemble, constituent la description de la folie chronique. Toutes les fois qu'un malade vous dira, et ceci est très-fréquent, que sa pensée ne lui appartient plus, qu'on lui vole ses idées, qu'on les lui soutire, qu'on les lui enlève, que tout le monde les connaît; par cela seul, vous direz que c'est un aliéné chronique. Dans les asiles il arrive souvent que le malade ne veut pas

vous répondre, quand on l'interroge; il dit : c'est inutile; vous savez aussi bien que moi ce que je pense, puisqu'on le répète à tous les points de l'horizon; ma pensée est répercutée au dehors par des porte-voix; elle me revient de tous côtés, vous devez l'entendre comme moi; je n'ai pas besoin de vous la dire; vous connaissez mon délire aussi bien que moi-même. Voilà ce que disent les aliénés à la période de chronicité. Il importe donc beaucoup de distinguer, par quelques caractères précis, la folie chronique de la folie aiguë. Ceci est très-important à tous les points de vue, d'abord au point de vue de la vérité clinique, puis au point de vue de l'application journalière, c'est encore très-important, lorsque devant un tribunal, un malade annonce ces idées que je viens d'indiquer, vous pouvez affirmer que vous avez affaire à un aliéné et même chronique, alors même qu'il conserverait beaucoup d'apparence de raison, et qu'il pourrait tromper encore quelques personnes dont l'observation ne serait pas assez prolongée. Ces seuls caractères de la folie chronique suffisent pour donner la conviction non-seulement au médecin, aux magistrats, aux juges, aux avocats, à toutes les personnes qui vous entendront, et pour empêcher de

condamner un aliéné ; à l'aide de ces caractères cliniques, on a bien plus de force pour la démonstration qu'à l'aide des simples caractères sur lesquels on s'appuie pour constater la folie. Il est donc essentiel de connaître les caractères de la folie chronique ou folie systématisée. Cet état peut durer longtemps, 15, 20 ans. Dans cet état de folie chronique, plus on avance, plus la débilité intellectuelle augmente, plus on marche vers la démence ; mais on marche avec une extrême lenteur, et il y a des malades qui n'arrivent jamais à la véritable démence, il y a dans les asiles des individus qui sont restés 10, 15, 20 ans, et qui ne sont pas encore des déments, dans le sens rigoureux du mot ; ils sont affaiblis intellectuellement, mais ils sont encore capables de causer, d'entrer en conversation sur des sujets étrangers à leur délire ; ils ont les caractères du délire partiel, ce sont des aliénés chroniques, mais pas encore des déments. Pour caractériser la véritable démence, il faut une faiblesse intellectuelle beaucoup plus grande, et on ne la trouve guère que dans les affections organiques du cerveau. Les malades atteints de tumeurs cérébrales, de ramollissements, d'apoplexies anciennes superposées,

ces malades présentent beaucoup plus le type de la démence que les aliénés chroniques qui ont d'abord été mélancoliques, maniaques ou monomaniaques. C'est dans le domaine de la pathologie cérébrale ordinaire plutôt que dans l'aliénation mentale qu'il faut chercher la démence. Dans les asiles d'aliénés on trouve quelques exemples de démence avec chronicité, arrivée à l'incohérence. Il y a des malades qui ont une loquacité intarissable; mais dont les idées ne se suivent nullement; ils prononcent en quelque sorte des enfilades de mots ou de paroles, les mots se succèdent dans leur bouche, sans être liés par aucune idée. M. Billod a publié dans les annales médico-psychologiques sous le titre de: lésions de l'association des idées, des exemples remarquables de cet état de démence. Il a sténographié et écrit sous la dictée des malades des vrais discours prononcés, et dans les paroles de ces malades en démence, il est impossible de trouver un sens. Les mots se lient par sons, par consonnances, par rapports accidentels, mais pas par rapports logiques; les idées ne sont pas liées entre elles, des mots s'enfilent sans lien apparent. C'est là ce qu'on appelle une véritable incohérence; mais à ce degré elle est très-rare; il en est

 de même de l'affaiblissement extrême de la mémoire. Il y a des aliénés arrivés à l'état chronique qui sont en démence; c'est-à-dire dont la mémoire est tellement affaiblie qu'ils ne reconnaissent plus personne; qu'ils ne se rappellent pas les faits de la vie passée, et les faits qui viennent d'avoir lieu les jours précédents. A ce degré extrême, ils peuvent mériter le nom de déments; il y en a quelques exemples dans les asiles d'aliénés, mais les cas sont très-rares. La véritable démence doit être observée dans les affections cérébrales autres que la folie. Pour étudier la démence, il faut admettre trois catégories principales, trois catégories les plus fréquentes: la démence sénile, la démence apoplectique, et la démence paralytique, c'est-à-dire la démence liée à la paralysie générale. Comme vous voyez, ce sont des états qui sont liés à des lésions incontestables, tandis que dans la folie chronique même la plus avancée, on ne trouve pas de lésions très-caractérisées. On trouve quelques opacités des méninges, quelques lésions de la surface du cerveau, mais très-peu prononcés; ce n'est pas comme dans la démence sénile, dans la démence apoplectique ou dans la démence paralytique. La démence sénile a été très-peu étudiée au

point de vue clinique, au point de vue sérieux, et ceci se comprend, parceque ces malades ordinairement restent dans les familles et ne vont guère dans les asiles d'aliénés. Or, dans les familles, les parents peuvent bien constater les faits; mais ils ne les coordonnent pas au point de vue scientifique, et les médecins qui voient ces malades en passant, n'ont pas étudié la maladie mentale, et ils n'ont pas de termes de comparaison qui leur permettent de bien étudier au point de vue psychique cet état de démence sénile. On se borne à dire que ces malades sont tombés en enfance, que leurs idées sont incohérentes, qu'ils ont conservé la mémoire des faits anciens, mais qu'ils n'ont pas la mémoire des faits récents. Il y a quelques traits généraux que tout le monde connaît, que tout le monde répète, mais en dehors de ces quelques généralités, on ne connaît pas bien la démence sénile. La démence sénile a cependant quelques caractères assez distincts; les individus qui commencent à tomber en enfance, sont d'abord ordinairement plus actifs qu'ils n'étaient auparavant; la démence sénile ne débute pas par de la faiblesse, elle débute par une activité exagérée. Presque tous ceux qui tombent en enfance ont commencé par une première période prodromique, dans laquelle ils ont une

594 - activité exagérée. Des personnes qui vivaient tranquillement, qui avaient une vie très-sobre, très-régulière, commencent à se livrer à l'excès, elles marchent beaucoup, elles font des voyages, elles ont besoin de sortir, de se promener, de faire des invitations, d'écrire des lettres, de se produire beaucoup au dehors. Il y a une période de suractivité cérébrale qui ordinairement précède la production de la démence sénile. C'est un fait qu'on ne connaît pas généralement et qui est très-vrai au point de vue clinique, qui a une très-grande importance au point de vue médico-légal, car c'est pendant cette période prodromique que ces malades déjà âgés qui vont tomber dans la démence sénile, se livrent à certains actes justiciables des tribunaux. Il y a des malades à cette période qui ne passent pas encore pour malades, et qui font des actes tout-à-fait étranges, des actes quelquefois sans valeur, comme celui de sortir sans chapeau, sans cravate, sans vêtement, c'est-à-dire sans habit, en manches de chemises, d'autres vont plus loin, ils se déshabillent en public, ils montrent leurs parties génitales en public; c'est ce qu'on appelle outrage public à la pudeur; cela suffit pour les amener devant les tribunaux. Il y a

un assez grand nombre d'individus condamnés, en France en particulier, pour un fait semblable; ce sont des gens qui commencent à tomber en enfance; ce sont des gens âgés, ce sont des vieillards qui ont des tendances un peu érotiques, et qui au lieu de se livrer à l'érotisme sous la forme normale, à ces actes tout-à-fait étranges, bizarres, qui ne leur procurent aucune espèce de satisfaction. On ne peut pas appeler cela des actes d'érotisme; ce sont des actes de démence commençant. Eh bien! ces faits suffisent pour les faire conduire devant les tribunaux. Indépendamment de ces faits de désordre dans l'action, il y a en effet souvent chez ces vieillards une tendance érotique plus prononcée; ces malades se livrent à de véritables excès vénériens, ils changent de conduite, ils changent de manière de vivre, ils abandonnent leur ménage, leur vie régulière, pour s'abandonner à des excès véritables. Ce caractère là est très-fréquent également dans les débuts de la démence sénile; la plupart des individus qui sont tombés en démence sénile ont commencé par une période d'excitation avec prédominance érotique, c'est-là un fait très-important à constater, et que l'on peut vérifier tous les jours. Pendant cette période de suractivité, ces malades sont très-loquaces, ils ont besoin de parler constamment,

596 - et comme leur mémoire est déjà insuffisante, est déjà baissée en eux, ils parlent des faits de leur vie passée; ils parlent des choses anciennes; ils racontent constamment les mêmes histoires dans les mêmes termes; ce sont des faits relatifs à leur vie ancienne, à leur jeunesse, ils éprouvent le besoin de les raconter indéfiniment devant toutes les personnes qu'ils voient, et même plusieurs fois devant la même personne sans se rappeler qu'ils les ont déjà racontés. C'est là en effet un fait très-connu et qui est constaté par tout le monde, comme preuve de l'affaiblissement sénil. Mais jusque-là, cet état paraît n'être qu'un effet de l'âge et ne paraît pas être le début d'une véritable maladie. Peu à peu ces phénomènes augmentent, et c'est alors que le malade tombe véritablement en enfance; il arrive à la 2e période de la démence sénile qui passe pour être la première; car la période prodromique est presque toujours méconnue. Quand les individus arrivent à une faiblesse intellectuelle évidente, à la perte de la mémoire, quand ils oublient les mots, quand ils oublient les noms des personnes, quand ils cessent de reconnaître les personnes même de leur famille, quand l'intelligence est très-affaiblie, on croit que la démence

commence, quand déjà elle date de plusieurs années; il y a une période antérieure qui a passé inaperçue, et qui est la plus importante au point de vue de la médecine légale. Quand arrive cette seconde période de démence, il est très-facile de la constater : l'individu a oublié la plupart des mots du langage; il emploie le mot : chose, au lieu de donner le nom, il oublie les noms, quelquefois il oublie son propre nom, et il y a un degré de faiblesse des plus prononcés, et c'est là qu'on constate la véritable démence telle qu'elle a été décrite primitivement par Pinel et Esquirol. L'oblitération presque complète des facultés intellectuelles, l'affaiblissement excessif existe surtout dans ces cas de démence sénile, dans les cas où l'individu est tombé en enfance. A cette période, le malade est ordinairement encore très-remuant, il éprouve le besoin d'agir, et d'agir d'une façon irrégulière et désordonnée. On ne sait plus comment le gouverner, on le dirige comme on veut; il se sent incapable d'un effort de volonté, et c'est alors même souvent qu'on lui fait signer des testaments contraires à sa manière de voir, qu'on parvient à lui imposer certaines choses, à dominer sa volonté. C'est dans cette période qu'on a le plus d'action sur la volonté des malades; mais malgré cela, ces malades sont colères, irritables, violents, disposés à la lutte, disposés aux actes

 violents; ils cassent, ils brisent, ils déchirent; ils sont extrêmement difficiles à contenir, ils ont une sorte d'exaltation maniaque, ils sont très-difficiles à gouverner dans l'action de chaque jour, quoique très-faciles à capter au point de vue de la volonté; tout le monde connaît le tableau des individus tombés en enfance, il est facile de les observer, c'est un état très-connu quand il arrive à ce degré, mais la première période dont je vous parlais tout à l'heure est beaucoup moins connue. A cette seconde période ils ont souvent des idées de persécution; ils croient qu'on les vole, ils croient qu'on leur en veut, qu'ils ont des ennemis. L'idée de ruine est extrêmement fréquente dans cette période de la démence sénile; c'est une sorte de délire mélancolique qui appartient en propre à la démence chez les vieillards. Ces faits-là sont importants à noter au point de vue des testaments, car souvent on n'est appelé à observer ces malades pendant leur vie, et on ne peut les juger que rétrospectivement d'après des dossiers, d'après des renseignements fournis. On produit à un médecin le testament fait par un individu en démence sénile, il faut alors à l'aide des comptes rendus, à l'aide des témoignages contradictoires

tâcher d'arriver à la vérité, sans avoir observé ces malades. C'est une situation extrêmement fâcheuse pour le médecin expert; mais c'est celle où il est presque toujours placé lorsqu'il s'agit de testament. Le médecin est obligé de juger d'après des témoignages contradictoires. Or, il importe beaucoup pour juger dans ce cas, de se rappeler ce fait clinique important, que dans la démence sénile il y a beaucoup de différences selon les moments, les jours et les heures, dans le degré d'affaiblissement intellectuel. Les individus qui ont la démence sénile, se parlent à eux-mêmes, ils ont l'air de rêvasser, ils sont complètement étrangers au monde extérieur, dans certains moments de leur vie. Ils peuvent au contraire quelques heures après avoir l'attention fixée par un acte important, par un acte principal de leur existence, et ressaisir momentanément une partie de leur intelligence. C'est un fait presque constant; dans la démence sénile des malades qui paraissent tout-à-fait en démence, dont l'intelligence paraît presque absente ou tout-à-fait incohérente, sont susceptibles à certains moments de recouvrer une partie de leurs facultés. Il y a comme deux états de démence sénile: l'état de rêvasserie où le malade s'abandonne à lui-même, rêve

600. tout éveillé, laisse un libre cours à ses pensées, n'exerce pas de contrôle sur lui-même, et alors le délire est évident, presque complet. Dans d'autres moments il exerce certains efforts sur sa volonté pour se contenir, pour ne pas dire des bêtises, dans certaines circonstances solennelles, et sa volonté est encore assez puissante pour l'empêcher de manifester son délire, et pour le maintenir extérieurement dans des apparences assez raisonnables. Aussitôt que cette circonstance est passée, le malade cesse de faire des efforts, et il reprend le cours de sa rêvasserie et de son délire. Il importe de connaître ce fait pour interpréter les témoignages contradictoires qu'on trouve dans presque tous les dossiers de ce genre. Vous avez d'une part une série de témoins à charge qui racontent des faits de délire le plus com=plet, de démence la plus incohérente, et vous avez une série de témoins à décharge qui, dans une contre-enquête, racontent au contraire qu'à tel jour, qu'à telle heure, telle personne a parfaitement raisonné, a parfaitement reconnu son frère, sa soeur, son père, sa mère, a parlé d'une façon très-lucide, et a été en somme dans un état qui est loin de la démence proprement dite;

de sorte que ces témoignages paraissent tout-à-fait contradictoires, et on en conclut que ce sont de faux témoignages, que ce sont des témoignages intéressés. Eh bien! ceci n'est pas toujours exact. Ces témoignages peuvent être parfaitement vrais des deux côtés; tout dépend du moment où on a observé le malade. Or, un individu qui a fait un testament qui n'est pas valable, un testament empreint de démence, peut néanmoins avoir présenté à un certain moment, des périodes demi-lucides; il faut connaître ce fait clinique pour ne pas conclure à faux dans les testaments, dans les cas démence sénile peu avancée. Ceci ne s'applique pas à la période la plus avancée; mais à certaines périodes qui sont importantes, car déjà le malade a perdu beaucoup d'intelligence et beaucoup de force de volonté; or, ces malades qui ont perdu de leur volonté, sont faciles à dominer, à capter; et soit une domestique, soit une maîtresse, un parent intéressé peuvent parfaitement leur faire faire un testament en leur faveur, contraire à leur intention véritable. Il y a une facilité de captation très-grande dans la démence sénile alors même qu'il y a des moments de demi-lucidité; plus tard arrive la troisième période.

. Cette troisième période de la démence sénile, ressemble beaucoup à la démence paralytique. Les malades alors n'ont plus conservé que quelques mots de leur vocabulaire; l'intelligence et la mémoire sont complètement éteintes. Ces malades sont en général paralysés; non-seulement ils ont l'embarras de la parole, mais ils ont quelquefois les membres inférieurs complètement paralysés; ils deviennent gâteux, ils ressemblent tout-à-fait sous beaucoup de rapports aux paralytiques aliénés arrivés à la troisième période. Dans ce cas la démence est incontestable, et ne peut pas être discutée. Ce sont ces périodes que tout le monde connaît et qui ne présentent aucun intérêt au point de vue d'une description détaillée. Ces malades arrivés à la troisième période de la démence ressemblent beaucoup aux individus atteints de démence paralytique; mais ce qui est intéressant dans l'étude de la démence sénile, ce sont les premières périodes dont je vous parlais tout à l'heure. A côté de la démence sénile, il importe de décrire une autre variété qui s'en rapproche beaucoup, et qui en diffère par certains caractères: c'est la démence apoplectique. Vous savez que l'apoplexie et l'hémorragie

cérébrale n'entraînent pas nécessairement à la suite des troubles intellectuels. Il y a des individus nombreux en France comme à l'étranger, il y a un grand nombre d'individus qui sont frappés d'attaques d'apoplexie, qui reprennent connaissance, qui sont complètement paralysés d'un côté du corps, qui ont quelquefois de grands embarras de paroles, et qui cependant recouvrent une grande partie de leurs facultés intellectuelles. Tout individu atteint d'hémiplégie a ordinairement un peu baissé intellectuellement; il est un peu inférieur à ce qu'il était avant son attaque, quelque légère qu'ait été l'attaque. C'est toujours une mauvaise chose au point de vue intellectuel, que d'avoir une première attaque d'apoplexie, mais ce degré d'abaissement est quelquefois extrêmement faible, et nous connaissons tous des hémiplégiques qui depuis dix ans sont frappés d'hémiplégie plus ou moins complète, et qui, cependant, conservent toutes les apparences de la raison, et leurs facultés intellectuelles. On peut donc être hémiplégique après une apoplexie, et n'être pas du tout en démence. Ce serait une grande erreur au point de vue médico-légal, de proclamer que tout individu atteint d'apoplexie cérébrale est aliéné et ne peut faire aucun acte valable. Au-

 contraire, il y a beaucoup d'individus frappés d'hémorragie cérébrale même intense, et qui conservent presque toute leur intelligence; c'est-là le premier degré très-important à constater; et cela est vrai même des apoplectiques et des aphasiques, de ceux qui ont été frappés dans la partie gauche du cerveau et qui sont hémiplégiques du côté droit, car vous savez tous, c'est un fait parfaitement démontré aujourd'hui, et il est important au point de vue de la médecine légale, qu'il est des apoplectiques et des aphasiques qui peuvent être privés de la parole, de la manifestation de la pensée non-seulement par la parole, mais même par l'écriture; et qui cependant conservent leur intelligence d'une façon suffisante pour ne pas être déclarés en démence. La médecine légale doit profiter de ce fait clinique, et admettre qu'un individu peut faire un testament valable, alors même qu'il le fait par signes, alors qu'il ne peut pas l'écrire, et alors même qu'il ne peut pas le traduire par la parole. Il y a dans la science, déjà aujourd'hui, depuis le peu de temps que l'aphasie est connue, il y a des exemples d'individus dont les testaments ont été validés, quoique faits dans ces conditions où les

malade ne peut pas parler, le malade ne peut pas écrire ; mais où il peut indiquer par gestes ou par une certaine intonation de voix, ou par quelques mots qui lui restent dans le vocabulaire s'il décide de léguer fortune à telle personne d'une façon tellement claire, évidente qu'on ne peut pas douter de sa volonté. Cela est surtout vrai de certains aphasiques en voie de réparation cérébrale. Il y a des malades qui après avoir été frappés d'une aphasie presque complète guérissent presque complètement c'est-à-dire récupèrent une partie du langage du voca=bulaire ; ils ont perdu certaines expressions, certains mots leur manquent, ils sont comme certains apoplectiques privés d'une certaine partie du langage ; mais il leur reste un vocabulaire suffisant pour exprimer très-clairement leur pensée. Ces malades frappés incomplètement d'aphasie, ou qui sont en train de se guérir, peuvent être à plus forte raison en état de faire un testament valable. Ceci s'applique également aux apoplectiques. Il y a une seconde catégorie d'apoplectiques dans lesquels l'intelligence a baissé davantage. Ces malades ont perdu la mémoire des mots et surtout des noms propres, des substantifs ; car les substantifs se perdent plus facilement que les

616 - adjectifs. C'est un fait d'observation ; ces malades emploient souvent le mot chose ; pour désigner un chapeau ils ne peuvent pas trouver le mot chapeau ; ils disent le mot chose, ils montrent l'objet. Cela indique très-clairement qu'ils veulent parler d'un chapeau. Le mot leur manque, c'est une sorte d'amnésie verbale qui n'est pas la même chose que l'aphasie, mais qui s'en rapproche. Ces malades ont perdu une partie de leur force intellectuelle, ils sont au-dessous de leur ancien niveau ; ils ne sont plus capables de faire les mêmes efforts intellectuels qu'ils auraient faits aupa:ravant, mais ils ne sont pas encore en démence ; il y a un degré d'apoplectiques, chez lesquels la mémoire est affaiblie ; chez lesquels certains mots ne peuvent pas être retrouvés, qui ont un certain degré de faiblesse in:tellectuelle, et qui cependant ne sont pas en démence ; mais chez eux la volonté est affaiblie en même temps que l'intelligence, et ceci rend les questions plus délicates au point de vue médico-légal. Ce sont des malades qui ont perdu non-seulement leur force intellectuelle, mais la force de volonté ; ils n'ont plus la force de résistance suffisante, et quand ils sont très-entourés, quand ils

sont enjôlés par des personnes intéressées à les capter, ils peuvent céder plus facilement qu'avant leur maladie, quand ils étaient dans un état normal. Il y a donc là à tenir compte de la captation possible et de l'affaiblissement de la volonté. Ceci devient plus difficile au point de vue de la médecine légale et des testaments. Ces mêmes malades ont une sensibilité exagérée, ils versent des larmes pour un simple prétexte, ils racontent une histoire peu importante qui leur fait verser des larmes, ils ont de la sensiblerie; ils sont affaiblis au point de vue émotif, comme au point de vue de l'intelli=gence et de la volonté; il y a là un degré d'affaiblissement intellectuel assez marqué, qui caractérise cette seconde phase d'apoplexie. Dans ces cas, les questions médico-légales deviennent déjà plus difficiles. Le médecin expert doit se guider d'après le cas particulier, et il ne peut pas faire une règle générale, attendu que tout dépend du degré qui s'apprécie par les actes, par les manifestations bien plutôt que par les faits généraux. C'est dans les cas particuliers, dans la manière de vivre de l'individu, qu'on peut le mieux juger son degré de faiblesse intellectuelle. Dans ce cas, cette appréciation du degré est très-difficile; même quand on a le malade sous les yeux, à plus forte raison

 quand le malade est mort, et quand il faut le juger d'après les témoignages, ce qui arrive presque toujours dans les questions de testament. Il y a donc dans ce second degré d'apoplexie, une difficulté très-grande à se prononcer sur la responsabilité de l'individu. Était-il en état de faire un testament valable? doit-il être accepté? C'est une question très-délicate, et on comprend qu'il y ait des jugements contradictoires parmi les experts. Il n'en est plus de même du troisième degré qui est véritablement de la démence apoplectique. A ce troisième degré, l'affaiblissement intellectuel est évident; tout le monde peut le constater. Il consiste dans l'affaiblissement de la mémoire, dans la perte des souvenirs récents, avec conservation des souvenirs anciens, et dans un état de débilité de la volonté qui est extrême. Ces malades sont comme des enfants; on leur fait faire ce qu'on veut; ils sont très-irritables, très-colères, très-quinteux, très-difficiles à vivre, mais malgré cela, après la colère, la violence, ils cèdent, et ils accomplissent l'action qu'on veut leur faire exécuter. Il y a là une faiblesse de volonté tellement grande, qu'on ne peut les considérer comme responsables; ils sont en démence; cela a lieu après plusieurs

attaques d'apoplexie; car il est d'observation qu'à la suite d'une première attaque, ordinairement l'intelligence ne baisse pas à ce degré, au moins quand l'attaque cérébrale a lieu dans les corps striés, ou dans les parties inférieures du cerveau, car il en est autrement si l'apoplexie est méningée, et existe à la surface; mais ce n'est pas ordinairement dans la première attaque que l'intelligence est affaiblie; il faut ordinairement plusieurs attaques, surtout quand ces attaques ont eu lieu de deux côtés opposés, quand il y a une attaque frappant l'hémisphère droit, et une attaque frappant l'hémisphère gauche, il y a beaucoup de chance pour que la démence succède à l'apoplexie. Il faut donc distinguer l'apoplexie avec ou sans démence. La démence vient s'ajouter à l'hémiplégie. On peut être hémiplégique et conserver son intelligence; mais il y a des cas d'hémiplégiques qui deviennent déments, surtout après plusieurs attaques. Ces malades peuvent vivre longtemps. Il y a dans les asiles d'aliénés certains malades qui ont été frappés de deux ou de trois attaques d'apoplexie, qui sont en démence, et qui vivent très-longtemps à Bicêtre et à la Salpêtrière. Nous avons des déments qui ne sont pas des déments paralytiques; car la confusion ne doit

 - ne doit pas être faite. Nous avons des déments qui ont eu réellement une hémiplégie cérébrale, et la preuve c'est qu'à l'autopsie, on retrouve le foyer. Il ne faut pas confondre cela avec la démence paralytique proprement dite. Dans un cas, vous avez la méningite chronique ou périencéphalite chronique; c'est la paralysie générale; tandis que dans ces cas là vous avez des foyers dans les corps striés, dans les couches optiques ou dans les autres parties de l'hémisphère. Ce n'est pas la même maladie, ni cliniquement, ni anatomiquement. Avec ces différences, c'est la longue durée de la maladie. Quand on est arrivé à cet état de démence apoplectique, on peut vivre très-longtemps. Il suffit, il est vrai, d'une nouvelle attaque, pour vous emporter; mais cette attaque peut se faire attendre plus longtemps; il y a plus de chance de vivre dans la démence apoplectique que dans la démence paralytique dans laquelle survient la congestion, une série d'attaques qui emportent le malade quand il ne meurt pas dans le marasme ou à la suite d'eschares, tandis que dans la démence apoplectique les malades à ce degré peuvent vivre très-longtemps. Il y a une autre différence dans la marche; c'est que la démence apoplectique

est essentiellement immobilisé. Le malade atteint de démence apoplectique reste absolument semblable à lui-même pendant des semaines, des mois, des années; il ne varie pas; tandis que l'individu atteint de démence paralytique est très-variable d'une époque à une autre; dans la paralysie générale, il y a toujours beaucoup de mouvements dans la marche de la maladie. Les malades sont très-différents d'eux-mêmes pendant même les dernières périodes. Dans la démence apoplectique au contraire, l'état cérébral est tout-à-fait stationnaire. La démence reste au même degré, sans aucune manifestation différente de celle qu'on avait observée précé=demment. Revoyez un an après l'individu atteint de démence apoplectique, et vous le retrouvez dans le même état, tandis que dans la démence paralytique c'est autre chose; il y a des différences au point de vue clinique comme au point de vue anatomique. Ces deux états cérébraux chroniques peuvent donner lieu à un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles. Mais ces affections sont de nature différente dans la marche, par conséquent le pronostic diffère comme les lésions anatomiques. C'est un grand progrès dans l'étude de la paralysie générale que de chercher à distinguer toutes les maladies limitrophes et les autres maladies d'avec

612 cette maladie qu'on appelle la paralysie générale des aliénés. Cette maladie est spéciale à tous les degrés; elle se distingue sous tous les rapports; elle mérite une description particulière depuis son début jusqu'à la terminaison. Or, cette description comme maladie spéciale n'est possible qu'à la condition de séparer tous les faits que l'on confondait à tort avec elle, si on ne fait pas ce diagnostic différentiel, on réunit sous le nom de paralysie générale les faits les plus divers; et c'est malheureusement ce qu'on fait aujourd'hui; on appelle paralysie générale tous les faits dans lesquels il y a démence et paralysie, tous les faits qui constituent une sorte de caput mortuum dans les asiles d'aliénés, tous les malades en démence que l'on appelle des aliénés paralytiques. Ce n'est pas un classement scien=tifique. Pour faire de la science, il faut mettre les symptômes observés pendant la vie en rapport avec les lésions trouvées après la mort, et établir des rapports entre la sympto=matologie et l'anatomie paralytique. La paralysie générale est une maladie spéciale qu'on confond souvent avec les maladies limitrophes. Pour bien l'établir, il faut d'abord éliminer tous les faits voisins qui ne sont pas du même ordre; et ce n'est qu'après ce diagnostic différentiel

qu'on peut arriver à avoir une description parfaitement typique et spéciale. C'est cette description que nous chercherons à faire dans les prochaines séances. Je pense encore avoir trois leçons à faire sur la paralysie générale, et après ces trois leçons, je terminerai le cours de cette année qui sera terminé Samedi, trois Février. J'ai encore trois leçons à faire sur la paralysie générale.

614.

20e Leçon

27 Janvier 1877.

Messieurs,

J'ai à aborder aujourd'hui la question de la paralysie générale ; c'est une forme de maladie très importante, qui a été très étudiée, et qui comporterait de très grands développements. Pour étudier la paralysie générale sous tous ses aspects, il faudrait plus que trois leçons, il faudrait presque un cours tout entier ; je serai donc obligé de me résumer, et d'être très bref sur chacune des parties d'étude de cette maladie.

La paralysie générale n'était pas connue avant le commencement de ce siècle. On trouve dans les auteurs

anciens, non pas précisément dans les auteurs de l'antiquité, mais dans des auteurs relativement anciens, quelques notions sur la paralysie générale, mais très-incomplètes, et qu'on ne découvre qu'avec un peu de bonne volonté; il y a dans la thèse de M. d'Outrebente, un médecin actuel des asiles d'aliénés de France, qui est, je crois, à Blois, il y a quelques détails très-intéressants sur l'historique de la paralysie générale avant l'époque actuelle. Ces détails consistent en quelques phrases extraites de quelques auteurs, qui indiquent que cette maladie n'était pas absolument inconnue des médecins à cette époque, à l'époque du moyen-age, et au XVIIe. et au XVIIIe. siècles; mais ces phrases sont très-incomplètes et ne peuvent être interprétées qu'à l'aide des connaissances que nous possédons aujourd'hui. J'ai moi-même découvert dans Stahl, un auteur très célèbre, l'auteur de l'animisme, deux observations de paralysie générale parfaitement caractérisées, qui sont citées au milieu d'autres observations d'affections cérébrales. Mais ordinairement on fait dater l'histoire de la paralysie générale de John Haslam, un auteur anglais qui, en 1798, a écrit une page de description, qui s'applique assez exactement à ce que nous

appelons aujourd'hui la paralysie générale progressive ou paralysie générale des aliénés. Cependant il est remarquable que dans Pinel on ne trouve pas une seule phrase applicable à la paralysie générale, telle que nous la comprenons aujourd'hui. On s'est efforcé de découvrir dans Pinel des allusions à cette maladie, et on n'en a trouvé aucune; on a cru trouver dans Esquirol, dans sa thèse sur les passions, publiée en 1805, une phrase relative à la paralysie générale. M. Baillarger a cité cette phrase d'Esquirol comme le premier document sur la paralysie générale, et j'avoue que j'ai vainement cherché cette phrase dans la thèse d'Esquirol; il m'a été impossible de l'y découvrir. En 1816, Esquirol faisant un article sur la folie dans le dictionnaire des sciences médicales, n'a pensé à la paralysie générale, que tout à fait en passant, et la paralysie, non pas la paralysie générale, la paralysie comme complication de la folie, à côté du scorbut et de la phthisie. Par conséquent, en 1816, Esquirol ne connaissait pas l'existence de la paralysie générale, maladie tout-à-fait spéciale. C'est à Charenton que cette maladie a été d'abord étudiée. Royer Collard Médecin de Charenton, avait déposé dans les archives de

 Charenton, dans les registres de Charenton, des observations assez exactes de malades atteints de cette maladie; et c'est dans ces registres que les élèves de Royer Collard ont puisé d'abord la description, qu'ils ont faite ensuite avec beaucoup de détails. Mais au point de vue des publications, des publications réelles, c'est de 1822 que date réellement l'histoire de cette maladie. En 1822, M. Bayle, alors interne à Charenton, a fait une thèse sur l'arachnitis chronique. Cette thèse contenait six observations extrêmement détaillées de la maladie appelée aujourd'hui paralysie générale des aliénés, ou, autrement dit méningite chronique ou périencéphalite chronique; il l'appelait à cette époque arachnitis chronique; c'est le mot que Bayle a pris le premier dans sa thèse en 1822, qui est le premier travail sur ce sujet, sur cette maladie. Depuis lors, Bayle lui-même a publié une brochure, un mémoire, en 1825, intitulé: "nouvelle doctrine des maladies mentales", dans lequel il a développé les idées de sa thèse, et deux volumes tout entiers traitaient des maladies du cerveau; un volume: "méningite chronique", n'est pas autre chose que la description magistrale et très-complète de la paralysie générale des

aliénés, telle que nous la connaissons aujourd'hui. Cet ouvrage de Bayle est un véritable monument, et à côté de l'ouvrage de Calmeil, publié à peu près à la même époque, c'est-à-dire en 1826, et intitulé : "Traité de la paralysie générale incomplète", ces deux ouvrages sont certainement les deux plus complets qui aient été publiés sur cette maladie, et ils sont le véritable point de départ de l'observation et de la description de la paralysie générale; encore aujourd'hui, malgré les travaux nombreux qui ont été publiés depuis cette époque, et malgré les progrès qui ont été faits sur certains points de son histoire, ces deux ouvrages restent encore de véritables monuments, dans lesquels on peut encore étudier l'histoire de la paralysie générale, parce qu'ils sont parfaitement exacts, et conformes à l'observation; ils peuvent être incomplets sous certains rapports, mais les cas qui ont été étudiés par ces auteurs, sont encore aujourd'hui d'une rigoureuse vérité, soit au point de vue des observations, soit même au point de vue des conclusions qui ont été tirées par ces auteurs à plusieurs points de vue. C'est donc en 1822 que date l'histoire de la paralysie générale. Vous voyez que cette maladie qui occupe aujourd'hui

une si grande place dans l'histoire de l'aliénation mentale est très-récente, du moins a été connue très-récemment et décrite avec détails d'une manière très-récente. M. Delaye, élève d'Esquirol, et qui vit encore aujourd'hui à Toulouse, M. Delaye a publié, en 1824, une thèse sur la paralysie générale incomplète, thèse dans laquelle il a parfaitement décrit cette maladie, conformément aux observations de Bayle et de Calmeil. Ces trois travaux datent donc de la même époque; Bayle, Delaye et Calmeil sont à peu près contemporains, et ils ont décrit tous trois cette maladie. Esquirol plus tard s'est approprié les travaux de ses élèves; il les a complétés, il les a développés, et dans l'édition de son livre publié en 1838, Esquirol a publié la description très-intéressante, et très-complète de la paralysie générale; seulement, comme je vous le disais tout à l'heure, Esquirol envisageait la paralysie générale comme complication de la folie, et non pas comme maladie spéciale. Il faut, en effet, avant de faire l'histoire de la paralysie générale, il faut d'abord étudier les différents points de vue des auteurs sur cette maladie. Ces points de vue peuvent être réduits à quatre; il y a des auteurs, et ce sont les premiers, ceux

qui ont commencé l'histoire de la maladie, qui ont envisagé la paralysie générale comme une simple complication de la folie : c'était l'opinion de Calmeil, c'était l'opinion d'Esquirol. Pour ces auteurs, tous les malades atteints de folie chronique, étaient disposés à devenir paralytiques ; on admettait que la paralysie générale était, comme la démence, une complication ultime et presque fatale de la folie chronique. C'était l'opinion d'Esquirol, opinion qui s'est perpétuée chez plusieurs de ses successeurs, et cependant, Esquirol, dans ses ouvrages, a eu soin de dire que la plupart des paralytiques qu'il observait dans ses hôpitaux, à la Salpêtrière, étaient paralytiques déjà au moment de leur entrée dans l'asile ; il y a cette phrase caractéristique dans Esquirol qui est contradictoire avec sa doctrine générale. Mais, pour Calmeil et Esquirol, la méningite chronique ou paralysie générale était la complication possible de toutes les formes de folie, et tout aliéné pouvait devenir paralytique et devenir paralytique après 20 ou 30 ans de folie ; la paralysie générale était une complication ultime de toutes les formes de folie ; des monomaniaques, des maniaques, des déments, des mélancoliques pouvaient devenir paralytiques. Or, ceci est vrai en fait ; il est certain qu'il y a des malades qui sont mélancoliques, maniaques, monomaniaques ou déments et qui

deviennent paralytiques généraux, mais la vérité est qu'ils le sont déjà, au moment où on les observe; ils sont déjà atteints de cette forme de maladie mentale, seulement cette forme se présente d'abord sous l'aspect, sous la forme extérieure de la manie, de la monomanie, de la démence, comme je vous le dirai plus tard. C'est-là la première opinion, la paralysie générale n'est pas une maladie spéciale, elle est une simple complication de toutes les folies chroniques.

La seconde opinion qui est aujourd'hui l'opinion régnante, mais qui a déjà été soutenue par Bayle dès 1822, c'est que la paralysie générale est une maladie spéciale, une maladie sui generis, une maladie du cerveau, une maladie du cerveau avec lésions organiques, une méningite chronique, ou périencéphalite chronique, comme a dit Calmeil, une maladie de la substance corticale du cerveau, et une maladie qui est spéciale dès son début, une maladie qui a ses prodrômes, sa marche, sa terminaison, ses lésions anatomiques. Cette opinion a été soutenue par Bayle dès 1822 et 1826, dès les premiers temps, elle a été depuis soutenue par Parchappe qui, dans ses recherches sur la folie, a admis ce qu'il a appelé la folie paralytique,

c'est-à-dire la folie qui, dès le début, était accompagnée de symptômes paralytiques. Seulement Parchappe, en 1840, a fait une concession à l'opinion régnante en admettant que si l'immense majorité des faits de la paralysie générale démontraient l'existence d'une maladie spéciale, il y en avait cependant quelques-uns, exceptionnels, qui pouvaient survenir dans les maladies anciennes, en admettant qu'il y avait un certain nombre de paralysies générales survenant dans les folies très-anciennes à titre de complication; il en a admis 15 ou 16 dans la totalité des faits qu'il a recueillis dans ses recherches microscopiques. Parchappe a cité 200 observations de paralysie générale, et sur ce nombre il y en a 15 ou 16 qui sont considérées par lui comme consécutives à des folies chroniques. Parchappe admettait donc cette réserve que si la paralysie générale est ordinairement une maladie sui generis, spéciale dès ses débuts, elle est quelquefois cependant une simple compli-cation des folies anciennes. A la suite de ces deux opinions il s'en est produit deux autres qui n'ont commencé à surgir dans la science que vers 1844 et 1845. M. Requin est le premier, je crois, qui ait admis la paralysie générale progressive comme maladie distincte à la fois de la folie

et des affections cérébrales spéciales. Il a admis que la paralysie générale progressive était une maladie sui generis, mais complètement étrangère à la folie et à l'aliénation mentale, c'est-à-dire que la paralysie générale progressive pouvait exister à titre de paralysie sans complication de démence et de folie. Cette opinion a eu quelques prosélytes, et parmi eux on peut citer M. Duchenne, de Boulogne, et M. Brière de Boimont. M. Duchenne, de Boulogne, et M. Brière de Boimont ont publié plusieurs travaux, en 1846, 1847, 1848, M. Sandras également, pour chercher à démontrer qu'il existe une paralysie générale progressive sans aliénation mentale, c'est-à-dire une maladie caractérisée par les symptômes de la paralysie incomplète et généralisée, mais sans trouble de l'intelligence. M. Duchenne, de Boulogne, a même cherché un critérium électrique pour distinguer les paralysies générales avec aliénation des paralysies générales sans aliénation. Pour M. Duchenne, de Boulogne, les paralysies générales sans aliénation s'accompagnent de suppression de la contractilité électrique comme dans les maladies de la moëlle, tandis que dans la paralysie générale des aliénés la contractilité

électrique subsiste. A l'aide de ce caractère électrique, il croyait distinguer d'une manière certaine, pathognomonique, les deux espèces de paralysies générales. Aussitôt qu'un malade présentait de la contractilité, il affirmait que ce malade aurait tôt ou tard de la démence ou de la folie, tandis que dans les cas où elle était supprimée, il croyait pouvoir affirmer que la paralysie générale resterait toute la vie sans aliénation. Les études faites depuis cette époque ont permis de distinguer plus clairement tous ces faits, comme je vous le dirai ultérieurement. Mais à cette époque, en 1846, 1847, 1848, on était assez disposé à admettre cette opinion qu'il y avait deux espèces de paralysie générale, la paralysie générale sans aliénation et la paralysie générale avec aliénation. C'est une opinion qui existe encore aujourd'hui chez un certain nombre de médecins des hôpitaux de Paris. M. Baillarger, en 1846, a cherché un moyen terme; il a cherché à concilier l'opinion des aliénistes avec l'opinion des médecins d'hôpitaux. Il a soutenu, à cette époque, dans plusieurs Mémoires et dans plusieurs leçons, que la paralysie générale pouvait exister pendant longtemps sans délire, mais qu'elle arrivait tôt ou tard à la démence; que dans la paralysie générale le délire était

un phénomène secondaire et accessoire, qui pouvait manquer ou qui pouvait ne se produire qu'accidentellement, tandis que le phénomène paralytique était un phénomène constant et principal. Voilà la doctrine de M. Baillarger; elle a été depuis développée, en 1849, par M. Lunier, dans un mémoire très-intéressant sur la paralysie générale progressive, publié dans les Annales Médico-psychologiques. D'après M. Baillarger la paralysie générale doit être étudiée à deux points de vue, au point de vue du médecin d'hôpital et au point de vue de l'aliéniste; au point de vue du médecin d'hôpital le phénomène paralytique domine, c'est-à-dire que les malades sont atteints de tremblements, de phénomènes paralytiques, d'embarras de la parole dès le début de leur maladie, et peut être très-long temps avant que les symptômes du délire se soient manifestés, et alors même que le délire se produit d'une façon incomplète, sous forme de débilité intellectuelle, sous forme de démence ou bien sous forme de manie congestive, comme je dirai dans la leçon prochaine. Mais cette manie elle-même est sujette à suspension, à rémission, et même à guérison; de sorte que le phénomène délire est accessoire, secondaire

et peut disparaître, il survient à quelques moments, tandis que le phénomène paralysie est un phénomène constant et dominant. Vous voyez donc que, quoique la paralysie générale ait été étudiée depuis peu d'années, car elle ne l'est que depuis 22 ans, il y a déjà plusieurs opinions en présence. Les uns admettent que c'est une maladie qui ne survient que dans les asiles d'aliénés et comme complication des folies anciennes; les autres croient, au contraire, que la paralysie générale est une maladie tout-à-fait spéciale qui, dès son début, est caractérisée à la fois par des phénomènes de paralysie et par des phénomènes de délire; les autres croient, au contraire, qu'il y a deux espèces de paralysie générale, la paralysie générale sans aliénation et la paralysie générale avec aliénation. Les deux maladies ont leur marche distincte; elles existent séparément; elles ont une évolution parfaitement différente; et d'autres prétendent enfin que la paralysie générale existe d'abord et principalement à titre de paralysie et se complique ultérieurement et très-tardivement de démence ou de folie. Les quatre opinions existent encore aujourd'hui; cependant de toutes les quatre, celle qui est dominante de beaucoup, c'est l'opinion de la paralysie générale, maladie spéciale.

638

Aujourd'hui on admet qu'il existe une maladie, maladie du cerveau, qui est la méningite ou périencéphalite chronique, maladie qui est caractérisée par des lésions anatomiques spéciales, par une marche déterminée, par des symptomes physiques, intellectuels et moraux; que cette maladie a des caractères si nombreux, si spéciaux et pathognomoniques qu'il n'est pas possible d'en contester l'existence, et que si on ne voit pas son existence, c'est qu'on confond des maladies différentes. Cela tient à des confusions dans le diagnostic et non pas à la nature de la maladie. Or, c'est cette opinion que je vais chercher à développer dans les leçons que je vais faire sur la paralysie générale. Je crois, en effet, que la cause d'erreur résulte de ce fait que la paralysie générale est bien une maladie spéciale, mais qu'on a confondue avec d'autres maladies voisines, d'autres maladies limitrophes qui s'en rapprochent par certains caractères, mais qui en diffèrent par l'ensemble de leurs manifestations.

La paralysie générale est une maladie sui generis; elle est une maladie spéciale par ses caractères anatomiques, par ses caractères physiques, intellectuels et moraux et par sa marche spéciale. Seulement il y a d'autres

maladies voisines qu'on est porté à confondre avec elle et qui établissent la difficulté du diagnostic. Mais de ce qu'un diagnostic est difficile dans la pratique, il ne s'en suit pas que théoriquement et dans la science la maladie n'existe pas. La paralysie générale est certainement une maladie distincte et spéciale; ce qui a fait la confusion, c'est que cette maladie a été étudiée en quelque sorte à reculons; on a commencé l'étude de la paralysie générale par l'autopsie. C'est à Charenton que l'on s'est aperçu, en ouvrant le crâne d'un grand nombre d'aliénés, qu'il y avait certains aliénés dont les lésions cérébrales étaient très-manifestes; on a constaté alors que chez ces malades il y avait des opacités considérables des méninges, des épanchements de sérosités dans les espaces sous-arachnoïdiens; une espèce de couche gélatiniforme à la surface du cerveau; que quand on arrachait les méninges on entraînait avec elles des parcelles de la substance cérébrale et corticale; que la substance corticale était ramollie, qu'elle avait quelquefois disparu entièrement; que la substance blanche au contraire était indurée, plus dure qu'à l'état normal. A la suite de ces constatations, qu'on a pu depuis appliquer aux aliénés en général, on a remarqué que ces aliénés qui

présentaient certaines de ces lésions à l'autopsie, avaient présenté dans les dernières années de leur existence des phénomènes paralytiques, qu'ils étaient gâteux, qu'ils avaient de l'incontinence des urines, des matières fécales, et qu'ils avaient de la paralysie des membres inférieurs, que ces malades chez lesquels on constatait cela dans les faits, présentaient, dans les six derniers mois de leur vie, de la paralysie des membres inférieurs. Or, on a relié les faits observés pendant la vie avec les faits constatés à l'autopsie et on dit : nous avons là une maladie cérébrale qui est venue compliquer les maladies an:=ciennes. Puis, peu à peu, on s'est aperçu que ces malades, en entrant à l'hôpital, présentaient un embarras de parole manifeste. On a dit alors que cette maladie pouvait être diagnostiquée deux ou trois ans avant la mort du malade ; donc la paralysie générale est une maladie spéciale caractérisée dès le début par l'embarras de la parole. Mais en remontant ainsi à reculons, on n'est guère arrivé qu'à deux ou trois ans ; et ce qu'il y a de très-remarquable, c'est que les médecins qui ont le plus étudié cette maladie, comme Calmeil, n'ont pas pu abandonner jusqu'à présent cette opinion ancienne,

que la paralysie générale dure un an, deux ans au plus, parce qu'ils en sont encore à leurs premières études; ils en sont encore au début de leurs observations, ils n'ont pas remonté assez haut dans l'histoire de la maladie. Aujourd'hui, au contraire, nous marchons toujours à reculons, et nous constatons que ces mêmes malades qui vivent deux ou trois ans dans les asiles d'aliénés, quelquefois plus longtemps, ont présenté antérieurement une période prodrômique souvent très-longue, et qui remonte à plusieurs années, et c'est ainsi que nous arrivons peu à peu à allonger progressivement la durée de la maladie; et tandis que nos prédécesseurs déclaraient qu'un malade atteint de paralysie générale ne pouvait pas vivre au delà de deux ou trois ans, nous sommes arrivés à constater ce fait qu'il y a des paralytiques qui vivent 6, 8, 10 ans, et même davantage, parceque nous faisons dater la paralysie générale de plus loin, nous remontons dans le passé des malades. Ce qui importe donc, pour bien étudier la paralysie générale, c'est de commencer par étudier les prodrômes, les périodes prodrômiques; ces états qui se passent presque en entier dans les familles ou dans le monde, et qui ne sont pas observés dans les

asiles d'aliénés. C'est par là que je vais commencer cette étude.

La première question qui se présente, est de savoir s'il existe une prédisposition à la paralysie générale. M. Baillarger, qui a beaucoup étudié cette maladie, pense qu'elle est presque toujours accidentelle; il a rattaché la paralysie générale à des congestions cérébrales, ou à des causes qui sont de nature à les provoquer; il a admis que les professions dans lesquelles on était exposé à l'action du feu, ou à d'autres circonstances qui favo=:risent la congestion cérébrale, comme les professions de cuisinier, de chauffeur, prédisposaient à cette maladie. Il a constaté que dans d'autres cas, il y avait eu sup=:pression d'hémorroïdes, suppression des règles ou d'autres circonstances qui déterminent la congestion cérébrale; il a fait cette remarque, du reste très-juste, que beaucoup d'ascendants des paralytiques avaient présenté des maladies congestives du cerveau. Il est remarquable, en effet, que les parents de paralytiques aliénés sont souvent morts de ramollissement du cerveau, d'apoplexie ou d'autres formes de maladies congestives cérébrales. Mettant en regard tous ces faits qui sont exacts, Messieurs

Baillarger et Lunier sont arrivés à cette conclusion que la paralysie générale devait plutôt se rattacher aux maladies cérébrales congestives qu'aux folies propre= =ment dites, qu'à ce qu'on a appelé les vésanies ; que par conséquent la paralysie générale était la moins héréditaire de toutes les folies, et que même il existait des cas de prédisposition à la paralysie générale. Ce fait-là peut être vrai dans un grand nombre de cas, mais il n'est pas absolu. Il y a des malades qui sont prédisposés à la paralysie générale héréditairement et dont les parents ont été aliénés ou atteints de diverses formes de névroses ; il y a ce qu'on a appelé des paralysies générales héréditaires et des paralysies générales accidentelles. Les deux formes existent et je crois qu'une étude plus attentive, plus sérieuse, pourra permettre de distinguer à l'observation directe même les paralysies générales héréditaires de celles qui ne le sont pas. M. Morel, de Rouen, dont j'ai souvent parlé, a signalé un fait qui est mentionné dans la thèse de M. d'Outrebente, à savoir qu'on pourrait faire l'histoire spéciale des paralysies générales d'origine héréditaire, et les distinguer des autres paralysies générales. Quoi qu'il en soit, il y a certains individus qui sont

 dans le monde, qui sont dans des professions diverses, et qui présentent une prédisposition évidente à la paralysie générale ; ce sont des individus très-actifs, d'une activité fébrile, d'une activité incessante, qui sont généralement doux et bienveillants, d'un caractère optimiste, voyant tout en beau, ayant même déjà dans le caractère, la prédisposition à l'état habituel des paralytiques. Ces malades ont une activité exubérante pendant cette période d'activité, qui est tout à fait raisonnable, qui n'est pas encore de la folie, tant s'en faut ; ces malades réussissent souvent dans leurs professions ; quelques-uns font des découvertes, d'autres réussissent dans le commerce, et font fortune, pendant cette période antérieure, d'activité simple, sans délire ; mais à côté de cette activité féconde et utile, il y a une activité désordonnée ; ces malades sont colères, irritables, et ils accomplissent quelquefois certains actes tout à fait étranges. Quand on remonte dans le passé des paralytiques aliénés, on découvre, quelquefois dix ou douze ans avant la maladie, des actes qui ont étonné tout l'entourage, qui étaient extrêmement étranges, ou qui étaient en dehors tout à fait de l'état normal ; il y a eu des scènes de violence,

des soufflets donnés, des susceptibilités excessives, des violences d'action, ou des actes tellement étranges qu'ils n'avaient aucun motif, qu'ils ont étonné tout le monde; seulement on n'y a pas fait attention, et on n'y a pas vu la preuve de l'aliénation mentale future; mais quand on revient sur le passé, quand on fait des observations rétrospectives, on retrouve presque toujours des faits de ce genre là dans les antécédents des paralytiques aliénés. Plus tard, quand cette activité devient plus désordonnée, on observe des faits qui peuvent servir à caractériser cette période prodrômique de la paralysie générale. M. Brière de Boismont a fait un travail très-intéressant sur cette période prodrômique; d'autres auteurs y ont insisté, et elle est bien connue aujourd'hui. Les malades, pas encore aliénés, qui ne le seront quelquefois que quelques années après, ont dans cette période prodrômique des actes quelquefois étranges qui les rendent justiciables des tribunaux. Il y a des malades de cette espèce qui font des faux, qui font des actes tout à fait fâcheux à tous les points de vue, et des actes désordonnés, bizarres, et qu'on ne sait comment expliquer. Quelques-uns même sont traduits devant les tribunaux, et ils sont condamnés, parce que l'état

636. de folie ne peut pas encore être démontrée. Il y a là une période prodrômique qui est extrêmement dangereuse au point de vue des actes que l'on peut accomplir bien avant que la maladie soit encore caractérisée. A cette époque ces malades sont irritables, violents, colères, disposés à s'émouvoir facilement, à verser des larmes, ils passent d'un extrême à l'autre, ils ont des altérations de caractère, des susceptibilités, des bizarreries qui attirent l'attention, mais seulement d'une façon passagère, et qui ne sont pas considérées comme des preuves de folie. Cet état dure souvent très-long temps, et ces malades, pendant cette période, peuvent se livrer à une activité désordonnée, à une activité très-grande, à une activité fébrile, sans être considérés comme atteints d'aliénation mentale. C'est là la forme de début la plus habituelle de la paralysie générale comme nous l'observons dans les asiles d'aliénés; c'est la forme la plus connue, mais ce n'est pas toujours la plus fréquente; c'est le début de la variété expansive sur laquelle j'aurai à revenir tout à l'heure. Mais indépendamment de cette variété expansive, il y en a trois autres qui méritent d'attirer notre attention.

La paralysie générale ne débute pas du tout de la même manière chez les différents malades; et c'est à cause de cette diversité de début que l'on a cru à des diversités de nature; on a cru à des maladies différentes, tandis qu'il n'y avait que des diversités dans le début, dans la forme primitive de la maladie. Il y a donc quatre variétés de début pour la paralysie générale, deux variétés où dominent les phénomènes intellectuels et moraux, et deux variétés où dominent au contraire les phénomènes physiques. Je commencerai par ces dernières. Les deux variétés où dominent les phénomènes physiques se rapprochent, l'une des maladies de la moëlle, des maladies accompagnées de tremblements, et l'autre, au contraire des ramollissements du cerveau, ou des maladies organiques du cerveau. La première variété, je l'appellerai variété paralytique; ce sont les malades que l'on observe dans les hôpitaux ordinaires; ce sont les malades que voient les médecins; les médecins ne connaissent guère que cette variété de paralysie générale; ce sont des malades dont l'intelligence n'est pas du tout troublée, ou est très-peu troublée; à cette époque ils se présentent d'eux-mêmes au médecin; ils viennent à l'hôpital comme malades,

ils constatent qu'ils ont un peu de faiblesse des membres supérieurs et des membres inférieurs, un peu de tremble=
=ment; ils ont eux-mêmes conscience de l'embarras qui existe dans leur parole. Cette conscience est même exagérée; ils sont un peu hypocondriaques, ils s'en préoccupent et avec juste raison, parceque cet état d'affaiblissement de leur système musculaire les empêche souvent de remplir les obligations de leur profession, surtout si cette profession exige beaucoup de précision dans les mouvements des doigts, ou dans les mouvements des pieds, ou des diverses parties du corps; ceux qui sont horlogers, mécaniciens ou qui ont d'autres professions de cette espèce; ceux qui jouent du violon, qui touchent du piano, s'aperçoivent plus tôt que d'autres de cette altération légère qui existe dans le système musculaire. C'est donc par le trouble musculaire que débute la maladie; par des troubles de la motilité. Les malades ont d'abord presque tous un embarras marqué de la parole; c'est le premier symptôme, du moins le plus saillant; ils ont en même temps un peu de tremblement des doigts et des mains; ils n'ont pas de précision dans les mouvements des doigts; quand ils saisissent les

objets, ils les laissent facilement échapper, ils laissent tomber les objets qu'ils prennent à la main; ils ont la même imprécision dans les mouvements des pieds et des jambes; ils tombent en marchant; le moindre obstacle suffit à les faire tomber, à leur faire faire des faux pas; ils montent difficilement les escaliers; ils ont de la gêne dans l'exécution de tous les mouvements ordinaires de la vie; ils sont embarrassés également pour s'habiller, pour se boutonner ou se déboutonner; en même temps ils ont quelques maux de tête, quelques vertiges, quelques symptômes du côté du cerveau, un peu de strabisme, quelques mouvements involontaires, spasmodiques des muscles de la face; et en même temps quelques-uns d'entre eux ont un peu d'incontinence des urines; il y a des phénomènes paralytiques qui peuvent être observés facilement et constatés, alors même qu'il n'y a aucun trouble intellectuel apparent; ce sont des malades qui se rapprochent sous ce rapport de ceux qui sont atteints d'atrophie musculaire progressive, ou de paralysies spinales diverses. M. Duchenne, de Boulogne, qui a étudié assez bien ces différentes formes de maladies, et d'autres auteurs ont noté des faits analogues dans plusieurs maladies cérébrales et médullaires;

640

et c'est ce qui les a portés à confondre cet état avec les paralysies spinales, avec les paralysies périphériques, avec l'atrophie musculaire progressive etc. Ces maladies qui ont été décrites dans ces dernières années, se rapprochent beaucoup de la paralysie générale progressive des aliénés; mais ce n'est pas la même maladie, et ce qui le prouve, c'est l'évolution de la maladie elle-même. Ces malades, quand ils se présentent dans les hôpitaux, sont traités par divers moyens; ils sont soumis à l'action électrique, ils sont soumis à divers médicaments internes; ils sont traités comme s'ils étaient atteints de tremblements ou de maladies médullaires diverses. Cet état est très-lent dans son développement; la paralysie est progressive en intensité et non pas en étendue. Au lieu de marcher de bas en haut comme les paralysies médullaires, elle est généralisée dès le début, mais généralisée d'une façon très-incomplète; c'est le caractère dominant de cette maladie; elle est très-peu intense dans toutes les parties où elle s'est répandue, elle ne monte pas de bas en haut comme dans les maladies médullaires, dans les paralysies ascendantes. Cet état de maladie peut durer deux ou trois ans, même

davantage, avec augmentation progression; mais sans augmentation très-sensible. Pendant ces trois années, les malades changent de service dans les hôpitaux de Paris, on les renvoie et on les observe ainsi successivement dans les hôpitaux, et toujours avec les mêmes manifestations, avec les mêmes symptômes, un peu plus intenses; mais sans constater ni démence, ni trouble intellectuel. On en conclut que ces malades sont atteints de paralysie générale pro=gressive sans aliénation. Cette conclusion paraît en effet très-rationnelle; car il faut souvent plusieurs années avant de commencer à constater quelques phénomènes du côté de l'intelligence; même pour constater ces phéno=mènes, il faut vivre en quelque sorte avec les malades. Or, ceux qui vivent avec ces malades, comme leur femme, leurs enfants, peuvent parfaitement constater que l'intelligence a déjà baissé de niveau; ils ne sont plus ce qu'ils étaient autrefois; ils n'ont plus les ressources intellectuelles, ils n'ont plus la force de volonté, ils n'ont plus le même caractère qu'ils avaient autrefois; ils ont baissé sous tous les rapports. Au point de vue de la volonté, on peut les diriger comme des enfants, ils sont affaiblis; ils n'ont plus de volonté; ils sont très-émotifs, ils pleurent facilement

642 ils s'émeuvent, ils ont une hypocondrie très-évidente ; ils ont une conscience exagérée de leur mal. Cette hypocondrie est justifiée par leur état maladif qu'ils exagèrent. Ils vont trouver des médecins ; ils vont chercher des médicaments, et ils veulent changer constamment ; ils se lamentent sur leur situation d'une manière permanente ; et en même temps, ils ont de la débilité dans la mémoire ; ils ont des absences, ils ne sont plus capables de ce qu'ils faisaient autrefois ; et dans chacun des actes de leur existence, on peut constater cette débilité commençante. Les aliénistes surtout qui ont l'habitude de ces observations s'aperçoivent très-bien des lacunes qui existent dans cette intelligence en apparence saine. C'est donc une erreur de croire que même dans ce cas là, il n'y a pas un peu de débilité intellectuelle ; presque toujours il y a un commencement de démence même, chez ces malades qui paraissent exempts d'aliénation mentale ; mais ce qu'il est important de constater, c'est que cet état peut durer très-long temps, deux, trois ou quatre ans, avant que se manifestent les autres symptômes de folie, mais, chose remarquable, plusieurs de ces malades qui ont présenté pendant 3 ou 4 ans des symptômes de paralysie

générale sans aliénation, arrivent très-rapidement à la folie. A un moment donné, ils sont pris de délire avec des idées de grandeur, et avec des phénomènes quelquefois tout à fait maniaques. On est obligé de les conduire dans les asiles d'aliénés, et là ils revêtent complètement les caractères habituels de la paralysie générale, telle que nous sommes habitués à la constater, et, chose remarquable encore, c'est que ces malades qui ont débuté par la forme paralytique, qui ont été très-long temps paralytiques simples, sans aliénation, marchent très-vite vers la mort, quand une fois la folie se déclare; et il est d'observation que dans cette variété de paralysie générale, la maladie semble vouloir rattraper rapidement le temps qu'elle a perdu; et ces malades ne vivent guère que quatre ou cinq ans, en somme, alors même qu'ils sont restés trois ans sans présenter de symptômes importants de folie; quand la folie se déclare, la maladie marche très-rapidement vers la démence et vers la mort. Il semblerait que la maladie rattrape le temps qu'elle a perdu. Parmi ces malades appartenant à la variété paralytique, il y a une sous-variété qu'il importe beaucoup de signaler. C'est la variété qu'on peut appeler la médullaire. Westphal, de Berlin, et M. Magnan,

644 de Paris, médecin à Sainte-Anne, ont insisté beaucoup sur cette variété. Il y a des paralytiques qui, plus tard, deviennent semblables aux paralytiques aliénés, et qui commencent sous une forme médullaire; ils commencent par éprouver des douleurs dans les pieds, quelquefois dans un orteil, des fourmillements, des engourdissements, des symptômes qui les rapprochent absolument des malades de la moëlle. Ils consultent tous les médecins qui les déclarent atteints d'une maladie médullaire commençante, et cependant ces malades, dans le début, ou à une période peu avancée, présentent déjà de l'embarras de la parole, ce qui permet de les distinguer de malades atteints d'affections médullaires simples. Pendant longtemps ces malades ont toutes les apparences d'individus atteints d'affections de la moëlle. La maladie monte, la paralysie monte des jambes vers le tronc, du tronc vers les membres supérieurs, elle s'élève, et l'intelligence n'est pas atteinte. C'est en cela que cette maladie diffère des autres maladies. Dans ce cas, elle débute par la moëlle, et les Docteurs Westphal et Magnan ont démontré par l'autopsie que la lésion anatomique est en rapport avec ces phénomènes cliniques. Dans ces cas, la lésion médullaire précède la

lésion cérébrale ; il y a une extension de la sclérose médullaire qui monte vers le cerveau, tandis que dans la plupart des autres cas, la maladie débute par le cerveau, et se propage ultérieurement vers la moëlle. M. Magnan a parfaitement étudié et établi, et démontré cette double évolution pathologique des symptômes et des lésions. C'est un fait nouvellement acquis à la science. Il est certain qu'il y a un certain nombre de malades chez lesquels la paralysie générale débute sous forme paraly=tique, et elle débute sous forme médullaire. Il est très-important pour l'observation vraie et clinique de signaler ces faits exceptionnels, mais qui sont réels, et qui appar=tiennent à la variété paralytique au début.

Après cette variété paralytique, il faut signaler la variété congestive ; il y a des malades qui commencent par des symptômes tout à fait analogues à celui des ramollissements de cerveau. Ces malades éprouvent de petites congestions cérébrales, éloignées, à divers intervalles, congestions très-peu intenses, qui attirent à peine l'attention ; ce sont en quelque sorte des vertiges, ou des étourdissements. A la suite de ces congestions qui sont passagères, le malade revient à peu près à lui-même. Il paraît revenir à son

état normal, on ne fait pas attention à ces symptômes cérébraux, légers, et le médecin y attache peu d'importance. Mais cependant il y a une remarque qu'il importe beaucoup de faire; c'est qu'après plusieurs de ces congestions, le malade ordinairement baisse intellectuellement, tandis que les congestions cérébrales ordinaires peuvent laisser peu de traces dans l'intelligence; quand elles ne sont pas très-fréquentes, les congestions appartenant au début de la paralysie générale, sont presque toujours accompagnées, au bout de peu de temps, de débilité intellectuelle évidente. Les malades, après plusieurs congestions de cette espèce, descendent de niveau; ils ne sont plus les mêmes, ils ne sont plus capables de faire ce qu'ils faisaient autrefois, ils ont des oublis dans la mémoire, ils ont des lacunes dans l'esprit. Si, par exemple, ils veulent jouer aux cartes, ils ont des absences; ils ont des absences également en écrivant, ils sautent des mots, ils sautent des lettres, ils sont très-inférieurs à eux-mêmes; sous ce rapport, ils se rapprochent des malades atteints dans le début de ramollissement de cerveau. De plus, il survient ordinairement dès le début chez ces malades de l'embarras de la parole. L'embarras de la parole est toujours le signe le plus

important et le plus caractéristique de la paralysie générale des aliénés. Ces malades ont quelquefois des attaques qui, au lieu d'être simplement congestives, sont de véritables attaques épileptiformes. Il y a des malades qui pendant plusieurs mois ou plusieurs années ressemblent à des épileptiques; on les prend pour des épileptiques. Le médecin qui les observe, constate qu'ils ont eu des attaques assez éloignées, avec perte complète de la connaissance, avec chute, avec phénomènes congestifs, sinon épileptiques. Il y a un certain nombre de malades qui ont été considérés comme épileptiques, et qui n'étaient autre chose que des paralytiques au début; c'est un fait important à signaler. La variété congestive débute donc par des congestions simples mais souvent par des congestions épileptiformes. Ces malades quelquefois restent assez longtemps dans ces périodes prodrômiques; ils ont des intervalles de deux, trois mois, pendant lesquels ils reprennent leurs occupations, quoique l'intelligence ait baissé de niveau et surtout la mémoire. En même temps, on observe chez eux quelques-uns des symptômes des ramollissements du cerveau; on observe rarement de l'hémiplégie, ce qui est le caractère distinctif, mais on peut observer quelques troubles des sens, et c'est

dans ces cas qu'on a constaté le strabisme de l'amaurose, de la paralysie du nerf moteur occulaire commun, symptômes qui sont très-rares dans d'autres paralysies. Dans la paralysie avec aliénation, comme dans la forme épileptique, il n'y a pas de trouble des sens, pas de trouble de la vue, ni de l'oreille ni de trouble des sens; mais dans la variété congestive, on observe quelquefois ces paralysies partielles des nerfs crâniens. Mr. Billod a fait un travail dans lequel il a cité des exemples d'amaurose ou de strabisme ayant précédé la paralysie générale. Ces exemples s'appliquent à cette paralysie congestive. Il en est de même d'autres observations présentées par Mr. Magnan qui a insisté sur le début de la paralysie générale par les nerfs crâniens, le nerf optique et le nerf acoustique. Mr. Auguste Voisin a insisté également sur le début de la paralysie générale par le nerf olfactif. Mais ces faits là exceptionnels ne s'appliquent qu'à la variété congestive dont je vous parle en ce moment. C'est quand la paralysie générale débute comme un ramollissement du cerveau, c'est dans ces variétés là qu'on peut observer les troubles des nerfs sensoriaux. car dans les autres cas de paralysie cette maladie se caractérise par l'absence de ces troubles

sensoriaux. C'est à cause de ces diversités que l'histoire de la paralysie générale est encore encombrée de beaucoup de contradictions et d'obscurité, parce qu'on n'a pas tenu compte assez de la diversité des débuts. La maladie, une fois caractérisée complètement, présente des caractères communs; mais dans ces prodromes, dans ces premières périodes, elle offre beaucoup de diversités, et c'est pour cela qu'il importe beaucoup de commencer l'étude de la paralysie générale par l'étude des variétés de débuts.

Après cette variété congestive vient la variété mélancolique qui n'était pas connue autrefois. On trouve cependant dans Bayle et dans Calmeil quelques ~~ex=trêmement~~ exemples de paralysie générale ayant débuté par un état mélancolique; mais ces exemples sont peu nombreux. A cette époque on croyait que le délire ambitieux, que le délire d'orgueil était exclusif de la paralysie générale. Aujourd'hui, on sait qu'il y a un certain nombre de cas dans lesquels la mélancolie précède. C'est un état mélan=colique qui peut durer assez long temps; il y a des malades qui offrent toutes les apparences de la mélancolie, et surtout de la mélancolie avec stupeur. Ces malades, avant d'arriver à la période ordinaire de la paralysie générale,

ont éprouvé une période prodrômique de nature triste. M. Baillarger a surtout insisté sur ce fait, et il a noté la mélancolie prodrômique de la paralysie générale, indépendamment de la paralysie générale à forme dépressive, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement. Lorsqu'on étudie avec soin les antécédents des paralytiques aliénés, on constate souvent l'existence d'un stade mélancolique, même chez les malades qui se présentent sous la forme maniaque, ou sous la forme de délire de grandeur. Ces malades ont eu antérieurement un stade mélancolique. Dans cette période mélancolique, le diagnostic est extrêmement difficile; il y a quelquefois un peu d'embarras de la parole, ce qui peut servir de guide; mais sous d'autres rapports ces malades se rapprochent absolument des autres mélancoliques qu'on voit dans les asiles. Ils sont ordinairement dans une période de demi-stupeur; ils éprouvent le sentiment de la fatigue, ils sont affaiblis, accablés, ils ont le besoin de rester au lit, ils se sentent très-faibles; ils ont le sentiment d'une mort prochaine; quelquefois même ils se croient morts; ils ont alors les mêmes idées qu'ils éprouvent plus tard dans les périodes mélancoliques

ultérieures. On peut constater alors ces idées que M. Baillarger a notées comme spéciales et propres à la paralysie générale. Le malade se croit bouché; il croit n'avoir plus d'estomac, plus de bouche, avoir la tête et les bras de plomb, avoir un corps transformé, avoir une mâchoire de cheval. Il y a chez les paralytiques généraux à l'état mélancolique un certain nombre de conceptions délirantes qui sont propres à cet état, et qui permettent souvent le diagnostic dans les cas difficiles. Ces malades sont ordinairement pendant cette période dans un état de demi-stupeur, quelquefois même de stupeur complète. Il y a des malades qu'on vous amène dans cette période, et on ne peut pas facilement affirmer qu'ils sont atteints de paralysie générale; on peut le soupçonner; mais on ne peut pas en être certain; mais ils sont dans l'inertie, dans la prostration, dans la stupeur. Cette stupeur est-elle la stupeur mélancolique ordinaire, ou est-elle la stupeur prodrômique de la paralysie générale? Jusqu'à présent nous n'avons pas de signe pathognomonique certain, mais il importe de savoir que ce fait existe, et après l'existence de ce stade mélancolique pendant trois semaines, un mois, deux mois, et souvent un an, le malade sort

peu à peu ou tout à coup de cette période de stupeur pour revenir à l'état normal. Il y a ordinairement après cette période mélancolique, un stade de retour à la raison, à l'état normal, avant que se produise de nouveau la période d'excitation et la période d'expansion qui précède la paralysie générale ordinaire avec délire de grandeur. Presque toujours la période mélancolique est prodromique de la période chronique du délire mo-:nomaniaque, du délire avec idée de grandeur.

Vous voyez donc, la paralysie générale présente quatre formes de débuts : la variété paralytique, la variété congestive, la variété mélancolique et la variété expansive. Or, la variété expansive ou excitée est la seule qui fut connue de nos devanciers, qui fut connue du temps d'Esquirol, à l'époque où il a décrit d'abord la paralysie générale, et depuis lors, on est arrivé à découvrir ces trois autres formes de variétés de début. Mais ceci n'empêche pas la paralysie générale d'exister comme maladie distincte, car malgré ces variétés de début, la maladie prend plus tard un cours uniforme ; ce sont comme des affluents, des ruisseaux, des rivières qui abou-:tissent en définitive au même fleuve, et qui une fois

arrivés à cette période de jonction, suivent ensuite une marche uniforme jusqu'à l'immensité et jusqu'à la mort... Il y a là une variété de début très-importante à connaître et qui n'empêche pas l'unité de la maladie; malgré ces variétés très-grandes et très-frappantes qui existent au début de la maladie, cette affection a des caractères communs. une fois que ces variétés sont venues, elles se confondent dans un état uniforme ou à peu près uniforme. C'est dans cet état que les malades arrivent dans les asiles d'aliénés. Lorsqu'on les observe au moment de leur entrée, ils ont presque tous des caractères identiques; mais on oublie qu'ils ont antérieurement passé par des phases différentes. Or, ces phases n'étaient pas connues de nos devanciers, et aujourd'hui, elles commencent à être mieux connues dans la science.

Dans la prochaine séance, je commencerai l'étude de la paralysie générale au moment où le paralytique arrive dans les asiles d'aliénés.

(Applaudissements).

21e Leçon.

30 Janvier 1877.

Messieurs,

J'ai à continuer aujourd'hui l'étude de la paralysie générale progressive. Dans la dernière séance, je me suis occupé surtout des premières périodes de cette maladie; j'ai cherché à vous montrer qu'elle présentait de grandes diversités dans son début, que ces périodes prodrômiques qui avaient été peu étudiées autrefois, méritaient au contraire de fixer l'attention des praticiens, au point de vue des diversités qu'elles présentent. La maladie se présente, en effet, sous quatre formes principales dès son début, et des formes tellement différentes, que l'on peut croire à première vue, avoir affaire à des maladies

tout à fait distinctes. Deux de ces variétés sont surtout remarquables par la prédominance des phénomènes physiques, des phénomènes paralytiques; c'est la variété paralytique plus spécialement appelée paralysie progressive sans délire et la variété congestive, dans laquelle les phénomènes physiques, les phénomènes de paralysie sont extrêmement prononcés, tandis que les phénomènes de démence sont très-peu intenses, et très-difficiles à saisir. Les deux autres variétés, au contraire, celles où dominent les symptômes intellectuels ou moraux, soit sous forme mélancolique, soit sous forme expansive, ce sont les variétés mélancoliques et expansives, deux variétés, qui ont été surtout étudiées par les aliénistes, qui sont moins connues des médecins des hôpitaux. C'est ce qui explique pourquoi la description de la paralysie générale progressive est très-différente, selon qu'elle est faite par des médecins des hôpitaux ordinaires, ou par des médecins aliénistes; ils n'ont pas en vue les mêmes malades et c'est ce qui a conduit à cette discussion qui existe depuis une trentaine d'années, savoir s'il existe réellement deux espèces de paralysies générales ou une seule; s'il y aurait deux maladies dont l'une devrait

être appelée paralysie progressive sans délire, et l'autre paralysie générale des aliénés. La question peut être résolue en fait, d'abord, par un diagnostic différentiel plus exact avec d'autres maladies voisines, et ensuite par ce grand fait qu'il y a deux variétés de débuts; il y a des malades qui débutent pendant long temps avec les caractères de la paralysie progressive sans délire, et qui aboutissent tôt ou tard à la démence; et d'autres, au contraire, chez lesquels les symptômes intellectuels et moraux sont prédominants dans le début, où les symptômes paraly=tiques sont très-peu sensibles : ce sont les formes qui ont été surtout étudiées par les médecins d'aliénés. On peut ainsi, par une étude plus complète, mettre d'accord les deux ordres d'observations faites par les deux catégories de médecins; ce qui a manqué jusqu'à ce jour, c'est le trait d'union entre la médecine ordinaire et la médecine mentale. Une fois arrivée à la période d'état, la paralysie générale présente beaucoup plus de symptômes communs. C'est le moment où les malades entrent ordinairement dans les asiles d'aliénés. Cependant, il est bon de dire que cette maladie conserve des caractères assez différents jusqu'à la fin, jusqu'à la mort des malades, et qu'on

pourra étudier plus tard des variétés de la paralysie générale, aussi bien dans les périodes ultérieures que dans les premières périodes. Une science plus avancée permettra de suivre les variétés de début jusqu'aux périodes ultérieures et même jusqu'à la mort. Mais pour le moment actuel, nous devons surtout insister sur les caractères communs, tout en tenant compte, chemin faisant, des différences essentielles qui existent entre les divers paralytiques. Pour étudier ces caractères communs, une fois que les malades sont entrés dans les asiles d'aliénés, il faut d'abord appesantir son attention sur l'étude des symptômes psychiques, c'est-à-dire des symptômes intellectuels et moraux, et s'occuper ensuite des symptômes physiques.

Le caractère dominant de l'altération psychique dans toutes les paralysies générales, c'est la démence, c'est-à-dire, l'affaiblissement intellectuel. Tous les paralytiques que l'on voit dans les asiles d'aliénés, ont un fond de débilité intellectuelle ; ceux même qui ont les apparences de la monomanie et de la manie, qui paraissent les plus excités, et qui même, dans certains cas, semblent avoir une grande fécondité

d'idées, une grande activité intellectuelle, ont un fond de débilité incontestable, de sorte que, même dans les premières périodes, alors même que les malades ont les apparences d'un délire monomaniaque, d'un délire restreint à quelques idées de grandeur, par exemple, le fond du délire, le fond de débilité intellectuelle, est très-saillant pour un observateur un peu attentif.

Mais il ne suffit pas d'indiquer ce fait sous une forme tout-à-fait générale; il n'est pas toujours facile de constater l'affaiblissement intellectuel chez les paralytiques à la première période; il faut entrer à cet égard dans quelques détails, pour bien caractériser cet état de débilité, quelle que soit la forme sous laquelle se présente le paralytique, que ce soit la forme mélancolique, la forme monomaniaque ou la forme maniaque; il y a des caractères communs qui indiquent la faiblesse intellectuelle commençante. Or, ces caractères sont d'abord d'un ordre général, d'un ordre d'ensemble, et s'applique ensuite aux conceptions délirantes elles-mêmes. Sous la forme générale, la faiblesse intellectuelle est assez facile à saisir. Les malades qui paraissent même les plus intelligents, qui ont une très-grande activité apparente

d'intelligence, qui parlent beaucoup, qui ont un grand nombre de conceptions délirantes se succédant avec rapidité, ces malades se montrent très-faibles sous certains rapports, souvent même ils ne savent pas la date du mois, de l'année où ils se trouvent, le jour, le mois; ils ont oublié certains mots, certains noms, certains noms propres; il y a une faiblesse de mémoire qui existe dès le début même dans les formes les plus actives de la paralysie générale, et Mr Trélat recom::mandait avec raison à ses élèves d'interroger toujours un paralytique sur ces questions très-simples: Quel est votre âge? Quel est votre nom? Quel est le mois de l'année? Quel est le jour du mois? Souvent, des paralytiques qui paraissent très-intelligents, qui ont toutes les apparences de monomaniaques, ne peuvent pas répondre à ces questions extrêmement simples. Il en est tout autrement de la plupart des autres aliénés. C'est une erreur des Magistrats précisément en particulier de croire qu'un aliéné a la tête très-affaiblie, et ne sait pas le jour du mois ou le mois de l'année. Dans la plupart des aliénés, ces questions très-simples seraient tout-à-fait déplacées; pour les paralytiques, au contraire,

il arrive fréquemment qu'ils ignorent la situation où ils sont, le lieu où ils sont, le mois de l'année, et le jour du mois; et ce sont des preuves manifestes et très faciles à saisir de débilité intellectuelle, même avec les apparences de délire très-actif.

Mais c'est surtout dans les actes, et dans les contradictions qui existent entre les idées et les actes, que cette faiblesse intellectuelle se manifeste. Un paralytique qui déclarera, par exemple, qu'il est roi, qu'il est souverain qui a les idées de grandeur les plus excentriques et les plus élevées, consent en même temps à se soumettre à toutes les règles de la maison, il ne s'aperçoit pas depuis combien de temps il est dans l'asile, il ne réclame pas sa sortie immédiate; ses actes sont en contradiction complète avec ses paroles. Et Esquirol a eu soin déjà de mentionner dans son livre, ce fait, qu'il avait souvent diagnostiqué la paralysie générale chez un malade qui venait d'entrer dans un asile d'aliénés, par ce seul fait que le malade ne se rappelait pas le lendemain qu'il était entré la veille, et ne réclamait pas sa sortie avec une très-grande insistance, et avec cette sorte de logique, bien souvent qu'ont la plupart des aliénés qui raisonnent et qui

conservent une grande lucidité. Le paralytique, au contraire, tout en demandant à sortir, tout en disant qu'il va sortir dans une heure ou demain, n'emploie pas les moyens voulus pour obtenir sa sortie; il ne proteste pas d'une façon régulière, d'une façon raisonnable. Ce fait a déjà été mentionné par Esquirol, il est vérifié tous les jours dans nos asiles. On pourrait entrer dans beaucoup de détails pour démontrer cette débilité intellectuelle commençante, même chez les aliénés paralytiques qui paraissent avoir l'intelligence la plus grande, la plus active.

Mais c'est dans la manière dont sont coordonnées les conceptions délirantes, que cette faiblesse est saillante à tous les yeux. Cette étude chez les paralytiques mérite de nous arrêter un instant. Ces caractères généraux s'appliquent non-seulement aux conceptions de grandeur, mais même aux conceptions d'un autre ordre, aux conceptions mélancoliques. Tous les paralytiques, par cela même qu'ils sont atteints de cette forme particulière de maladie mentale, présentent des caractères communs avec les autres paralytiques. Or, ces caractères peuvent être résumés au nombre de

quatre. Le premier de ces caractères, c'est la multiplicité des délires. Le délire des paralytiques, au lieu de se réduire à un petit nombre d'idées prédominantes comme chez la plupart des malades atteints de délire partiel; ce délire est extrêmement multiple. Un même malade a un grand nombre de conceptions délirantes qui se succèdent, qui se remplacent, qui alternent et qui se manifestent à divers moments. Un paralytique a une multitude de conceptions délirantes. Il y a là le caractère de multiplicité qui est déjà extrêmement important, tandis que chez la plupart des monomaniaques atteints de délire partiel, le délire se limite à un petit nombre d'idées, il ne se limite pas à une idée unique, mais à un nombre d'idées restreint; chez les paralytiques aliénés même dits monomaniaques, il y a une multitude très-grande de délires. C'est-là le premier caractère.

Le second caractère, c'est la mobilité. Le même malade énonce des idées différentes, et des idées presque opposées à divers moments, quelquefois dans la même conversation ou dans la même journée. Non-seulement les idées délirantes des paralytiques sont multiples, mais elles sont essentiellement mobiles.

664. Il y a deux degrés dans cette mobilité. Il y a des conceptions délirantes qui ne sont mobiles qu'à longue échéance. Si vous observez le malade à un ou deux mois de distance, vous constaterez que les conceptions dé=:lirantes que vous aviez observées, il y a un mois, ont cessé d'exister lors d'une seconde observation. Voilà une mobilité relative. Le malade n'a conservé ses idées que pendant un mois. C'est un degré de mobilité spéciale; c'est un intermédiaire entre la fixité constante des mo=:nomaniaques et la mobilité au contraire d'autres malades.

Mais il y a une mobilité plus grande encore chez certains paralytiques; il en est qui changent d'idée tous les jours, toutes les heures, d'un moment à l'autre; le même malade, selon que vous l'observez à un moment ou à un autre, vous exprime d'autres conceptions dé=:lirantes. Ces conceptions délirantes sont dans la même direction, dans la même voie, dans la voie de la satisfaction ou de la grandeur, par exemple, ou dans la voie mélancolique dont nous parlerons tout à l'heure. Mais les conceptions sont de nature différente. Le même malade énonce des conceptions différentes les unes des autres, selon le moment où on l'observe; il

y a une très-grande mobilité dans les conceptions délirantes; seulement, cette mobilité peut être, ou à courte échéance, ou à échéance plus éloignée. Il y a des malades qui conservent des idées délirantes pendant trois semaines, un mois, et si vous les revoyez un mois après, vous retrouvez d'autres idées.

Un troisième caractère des conceptions délirantes chez les paralytiques est plus difficile à résumer dans un mot. Ce caractère peut être ainsi appelé : on peut dire que ces idées sont souverainement absurdes. Les idées des paralytiques sont sans base, sans raison d'être, sans motif, sans préliminaires, sans point d'appui. Une idée passe dans l'esprit du paralytique comme une plante parasite, comme un produit en quelque sorte hétérogène, et comme un produit étranger à l'intelligence, qui pousse sans aucun rapport avec le sol sur lequel il doit se développer, tandis que dans le délire monomaniaque, comme je l'ai dit plusieurs fois, les idées mettent un très-long temps à se développer ; elles germent ; elles ont une incubation ; elles se développent lentement ; et elles n'arrivent que peu à peu à une période complète d'évolution. Chez les paralytiques, au contraire, les idées surgissent tout

666

à coup sans cause, et surgissent sans motif, sans avoir été préparées par rien ; ce sont des idées sans base, sans appui, des idées qui n'ont aucune raison d'être, qui surgissent, on ne sait d'où et comment. Un paralytique vous dira tout à coup, par exemple, qu'il est mort, que son père et sa mère sont morts, qu'il vient d'hériter d'une somme considérable, qu'il a ressuscité des morts, qu'il va reconstruire Paris, etc ; une foule d'idées extrêmement étranges qui arrivent tout à coup et qui n'ont pas raison d'être dans les antécédents du malade ni dans les faits qui ont précédé ou suivi, c'est-là encore un caractère tout particulier du mode de production des idées. Chez les paralytiques, ces idées sont spontanées, sont automatiques, sont le produit d'un travail intestin en quelque sorte, intérieur du cerveau sur lui-même ou de la pensée sur elle-même ; il n'y a pas de raison d'être ; il n'y a pas de lien logique avec les précédentes ou les idées suivantes ; ce sont des idées qui surgissent inopinément : c'est-là le troisième caractère.

Le quatrième est tiré des rapports des idées délirantes entre elles. Non-seulement, chaque idée

délirante envisagée en elle-même à ces caractères que je viens d'indiquer; mais elles ont un caractère commun dans les rapports qu'elles ont entre elles. Les idées des paralytiques sont contradictoires entre elles; le même malade exprime en même temps des idées qui sont in=conciliables; il est à la fois pape et empereur; il est à la fois homme et femme; il est à la fois deux êtres ou deux individus, ou deux personnages complètement différents, appartenant à des époques historiques différentes; deux choses qui sont opposées, qui sont incompatibles entre elles. Les idées du paralytique sont contradictoires entre elles, le même malade vous énonce à la fois deux idées qui se contredisent et ceci est un fait constant dans la paralysie générale à toutes les périodes.

Tous les autres monomaniaques, les autres malades atteints de délire partiel, ont au contraire besoin de concilier leurs idées entre elles, ils ont besoin de la logique, et, comme je vous l'ai dit souvent, ils systématisent leur délire. Les autres aliénés atteints de délire partiel ont besoin de raisonner, de motiver leurs idées, de les rendre plausibles à leurs propres yeux et aux yeux des personnes qui les écoutent; ils sentent la valeur des objections qu'on

leur fait et qu'ils se sont faites à eux-mêmes. Les malades sentent la contradiction et ils cherchent à y répondre préalablement ; ils vont au-devant de l'objection, et vous verrez tous les malades atteints de délire de persécution, par exemple, ou de délire religieux ou de délire ambitieux ordinaire, chercher à rendre conciliables leurs idées délirantes. Je vous ai dit pour le délire orgueilleux ordinaire que les malades cherchent à expliquer leur situation spéciale par un héritage, par le fait de papiers qui leur ont été soustraits, par un changement, une substitution d'enfant qui aurait été faite en nourrice, ils cherchent à faire un roman pour rendre vraisemblable dans le passé leur délire, pour le faire accepter non-seulement par eux-mêmes, mais par les autres personnes auxquelles ils le racontent ; le paralytique n'éprouve pas le besoin de conciliation, il ne sent pas la contradiction, il n'éprouve pas le besoin de répondre aux objections qu'on pourrait lui faire, il est en même temps pape et empereur, homme et femme, parce que tel est son bon plaisir, sans chercher à concilier ces deux dignités, ces deux états incompatibles entre eux.

Il arrive quelquefois cependant que des paralytiques un peu moins avancés en démence sentent jusqu'à un certain point la contradiction et éprouvent le besoin de conciliation ; mais c'est un besoin tout-à-fait temporaire, et qui provoque un phénomène assez fréquent chez eux, que l'on peut appeler des réponses de circonstance. Si vous faites une objection à un paralytique au début, à la première période, si vous lui dites par exemple : Comment avez-vous pu devenir riche tout à coup ; vous étiez un simple ouvrier hier, et vous êtes aujourd'hui millionnaire ? Il vous répondra : Je viens de faire un héritage ; dans un autre moment, il dira : ceci tient à ce que je suis devenu roi, à ce que je suis devenu empereur ; par conséquent, je suis devenu riche. Il vous donnera une raison quelconque en rapport avec l'idée qu'il vient d'exposer parceque vous lui faites une objection ; mais faites lui la même objection dans un autre moment, 4 ou 5 minutes après, il vous fera une autre réponse. Ce sont des réponses de circonstance, certains besoins de logique qui subsistent encore dans l'esprit du malade ; ce sont les traces dernières de l'intelligence humaine, dans son fonctionnement naturel.

670 Mais ce sont des traces extrêmement fugaces et peu importantes ; les malades sentent encore la contradiction à cette période de la maladie. La maladie n'a pas fait table rase de toutes les facultés intellectuelles ; mais ils la sentent cette contradiction, à un degré bien moindre que l'homme à l'état normal, et que le mélancolique ou le monomaniaque ordinaire, le malade atteint de délire partiel simple non paralytique.

Vous voyez donc, je suis obligé d'abréger, qu'il y a quelques caractères principaux qui permettent de distinguer les conceptions délirantes des paralytiques de celles des autres aliénés dits monomaniaques, ou atteints du délire partiel. Le caractère fondamental, c'est que le délire des paralytiques est multiple, mobile, sans base et contradictoire.

Voilà les quatre caractères qui permettent de distinguer, à première vue, les conceptions délirantes des paralytiques, de celles des autres aliénés à délire partiel. Ces caractères ont une grande importance au point de vue du diagnostic. Il y a, en effet, des malades qui n'ont pas encore de symptômes physiques très-accusés, dont la paralysie générale pouvait être contestée.

et qui présentent ce caractère particulier de délire qui permet de prévoir l'existence de phénomènes paralytiques ultérieurs. Ce sont des symptômes qui ont de l'importance au point de vue du diagnostic, surtout du diagnostic dif=
=férentiel. Ces caractères généraux qui indiquent la débilité intellectuelle, sont la preuve de la démence, parceque les délires ne sont pas bien coordonnées ensemble, ne sont pas bien joints, conciliés entre eux. C'est une preuve de la faiblesse intellectuelle. Eh bien! ces caractères existent aussi bien dans le délire mélancolique de la paralysie générale que dans les délires de grandeur; ils sont applicables à toutes les conceptions des paralytiques quelles qu'elles soient. Ces caractères généraux et communs une fois indiqués, il s'agit maintenant d'étudier rapidement les diversités d'aspect de la paralysie générale à la première période, au point de vue du délire.
Bayle, dans son ouvrage publié en 1826, avait admis que la plupart des paralytiques commençaient par être monomaniaques, puis devenaient enfin en démence. Cette succession de formes existe dans un certain nombre de cas; mais elle n'est pas constante. Ce qui est vrai, c'est qu'il y a des paralytiques aliénés qui, dès leur entrée dans l'asile, se présentent plutot sous la forme monomaniaque,

d'autres, sous la forme maniaque, et d'autres, au contraire, sous la forme démente. Vous avez donc, comme je l'ai déjà dit, dans cette maladie spéciale qu'on appelle la paralysie générale progressive, les diverses formes psychiques de l'aliénation mentale, telles qu'elles sont admises dans la classification régnante de Pinel et d'Esquirol. On y a ajouté la forme mélancolique qui n'a été bien étudiée que depuis une quinzaine d'années, sur laquelle Mr Baillarger, surtout, a appelé l'attention. Les paralytiques peuvent donc se présenter à l'observateur, au point de vue psychique, sous quatre formes différentes; sous la forme monomaniaque, sous la forme maniaque, sous la forme mélancolique ou sous la forme démente. Pour un moment, nous sommes obligés d'accepter ces dénominations, d'autant plus qu'elles correspondent à des aspects différents de la maladie. Le fond de débilité intellectuelle est commun à tous ces malades, qu'ils se présentent sous forme d'excitation ou sous forme de dépression. Ils ont tous les caractères communs du délire que je viens d'indiquer, qui sont la preuve évidente de la démence, ou de la débilité intellectuelle, de sorte qu'on a eu raison dire que la folie

paralytique était, à proprement parler, plutôt une démence paralytique. La démence est le fait dominant de toutes les variétés de la paralysie générale; seulement elle existe à divers degrés. Il y a des malades plus ou moins déments parmi les paralytiques aliénés; lorsque les pa=ralytiques aliénés se présentent sous la forme dite mo=nomaniaque, c'est-à-dire sous la forme de délire partiel, ils ont ordinairement une prédominance d'idées de satis=faction et de grandeur. C'est le fait qui avait été observé dès le début par les premiers observateurs, par Bayle, par Calmeil, à Charenton; et par tous les observateurs qui ont succédé. C'est un fait généralement admis. On l'a même exagéré, puisqu'on est arrivé à dire, que tous les paralytiques, sans exception, avaient le délire de satisfaction et de grandeur. Cela est fréquent; mais ce n'est pas constant. Il importe même de distinguer beaucoup les degrés de satis=faction et de grandeur. Il y a des malades qui, pendant toute la maladie, n'ont qu'un degré très-modéré de délire de satisfaction. Certains malades se bornent à avoir de l'optimisme; ils voient tout en beau; ils sont heureux; ils sont satisfaits de tout, sans savoir pourquoi; ils sont heureux d'être au monde; ils sont satisfaits de tout;

674 ils n'ont aucune idée de tristesse; c'est le premier degré de la satisfaction, un simple optimisme général. Il y a des malades qui ne dépassent pas ce degré, qui ont seulement un sentiment de bien-être, un sentiment de satisfaction; mais qui n'ont pas de conceptions délirantes déterminées. Un second degré est un peu plus élevé dans l'échelle des grandeurs. Ces malades se croient un peu plus forts qu'à leur état normal, ou un peu élevé dans l'échelle sociale. Ils se croient très-bien portants; ils ne se sont jamais aussi bien portés; ils ont une exubérance de santé; ils sont très-forts; ils sont capables d'efforts musculaires considérables; ils peuvent lutter contre 7 ou 8 personnes; ils ont un sentiment d'exubérance de force physique; d'autres se croient plus élevés dans leur position; ils croient, par exemple, s'ils sont ouvriers, qu'ils gagnent 10, 12 francs, 15 francs par jour; tous les bonheurs vont leur arriver; ils vont se marier; ils vont être très-heureux; tout va leur réussir; ils voient tout en beau; ils ont un certain nombre de conceptions délirantes qui sont au-delà de leur état normal, mais qui sont encore des conceptions délirantes d'une notion possible; ce sont des choses acceptables, et des choses acceptables

dans leur situation; ces malades ne dépassent pas la limite du possible. S'ils appartiennent à d'autres classes sociales, ils croient avoir fait des spéculations heureuses, avoir réussi à acquérir des sommes plus ou moins importantes, 10, 15, 100000 francs; mais ils n'entrent pas dans le domaine de l'impossible et de l'irréalisable; leurs conceptions délirantes sont encore en rapport avec la possibilité, avec la réalité de la vie usuelle. C'est-là le second degré.

Il en est d'autres, au contraire, qui dépassent cette limite, et qui entrent tout de suite dans le domaine de l'impossible; or l'impossible est extrêmement variable, selon les catégories sociales ou selon les situations; ce qui est impossible, par exemple, pour un ouvrier, cesse d'être impossible pour un millionnaire. Il y a des degrés; il faut prendre l'homme dans sa situation actuelle, dans sa situation sociale, et comparer son délire à sa situation vraie. C'est ce qui faisait dire, par exemple, à propos de l'ancien roi de Prusse qui est mort paralytique, qu'on ne comprenait pas comment un roi qui avait toutes les grandeurs réelles, pouvait avoir encore le délire des grandeurs. Eh bien! ce roi de Prusse s'est cru roi de

676. l'Himalaya. Voilà un degré remarquable au point de vue de la progression relative et de la manière dont le délire peut s'associer avec la réalité. Il ne faut donc pas envisager le degré du délire en lui-même; mais il faut l'envisager par rapport à la situation réelle de l'individu. C'est-là le troisième degré. Le malade entre dans le domaine de l'imaginaire, dans le domaine de l'impossible, relativement à la situation qu'il occupe; mais ce sont des choses qui en elles-mêmes ne sont pas impossibles. Ainsi, par exemple, un ouvrier se croit millionnaire; d'autres hommes sont millionnaires; ce n'est donc pas impossible qu'il le soit devenu.

Une quatrième catégorie, c'est la catégorie de l'absurde en lui-même, de ce qui est absolument impossible pour tout le monde. C'est la 4e catégorie. Les uns se croient dieux, les autres se croient génies, se croient des hommes hors de l'humanité, ou croient avoir réalisé des choses impossibles; c'est la 4e catégorie; ils ont un milliard de milliards, ils ont fait un milliard de lieues; ils ont parcouru les planètes et les astres; ils ont reconstruit Paris en un jour; ils ont ressuscité des morts etc. Voilà le domaine de l'impossible aussi bien

pour un homme que pour un autre.

Cette progression n'est pas sans importance au point de vue du diagnostic et de l'observation vraie. Il importe donc beaucoup de signaler que le délire de grandeur des paralytiques présente plusieurs degrés. M. Billod, entre autres, dans un travail intéressant qu'il a publié, il y a 25 ans, dans les annales médico-psychologiques, a rapporté des faits intéressants au point de vue de ces divers degrés du délire des grandeurs; dans un travail qui a été publié en 1850, il a insisté avec raison sur ces divers degrés des délires de grandeur chez les paralytiques. Mais ces degrés ne correspondent pas seulement à des malades différents. Ils peuvent se présenter; et ils se présentent souvent chez le même malade, et, chose remarquable, dans la paralysie générale, c'est qu'on voit beaucoup de malades passer successivement, et dans un espace de temps très-court, par ces divers échelons de grandeur. Le même malade qui entre dans un asile d'aliénés avec un simple délire de satisfaction, de béatitude, sans pré-dominance, sans idées délirantes caractérisées, dans l'espace de 15 jours, un mois, arrive aux idées les plus impossibles, les plus irréalisables. Il parcourt les divers degrés de

 grandeur en très-peu de temps, ils montent en grade; on voit des militaires qui sont capitaines, par exemple, puis chefs de bataillons qui deviennent colonels, généraux, maréchaux, puis empereur et Dieu. Ils parcourent successivement, en très-peu de temps, les différents échelons de la grandeur; et ils montent en grade. Ce fait est extrêmement fréquent, et il est en rapport avec le degré croissant d'excitation cérébrale. Des malades qui sont arrivés dans les asiles d'aliénés, et que les parents ne considéraient pas encore comme fous, considéraient comme ayant des idées très-acceptables et très-explicables, au bout de quelques semaines arrivaient au degré de délire absurde aux yeux de tous, irréalisable et impossible à accepter par une intelligence saine et normale. Aussi, les parents croient-ils souvent que le malade est devenu aliéné depuis son internement dans l'asile. Le malade a passé successivement par les degrés de délire qui le font arriver à l'absurde et à l'impossible. C'est un fait très-fréquent dans la première période du délire de la paralysie générale et qui mérite d'être noté. Le délire varie même, quant à la forme, le délire de grandeur présente des diversités; à plus forte raison, quand, à ces diversités de délires,

viennent se joindre des diversités de l'état général.
Or, le délire des paralytiques ne se présente pas toujours sous cette forme dite monomaniaque ou expansive; il se présente dans le début sous la forme maniaque. Il y a des malades, qu'on amène dans les asiles, qui ont le délire de grandeur le plus caractérisé, le plus impossible, le plus irréalisable; mais qui, en même temps, ont l'état général de la manie, au lieu d'avoir des apparences de raison, comme les malades atteints de délire partiel; au lieu de se montrer assez lucides vis-à-vis des personnes étrangères, au lieu d'avoir les apparences de la raison, ce sont de véritables maniaques; ces malades crient, chantent, jour et nuit; ils se déshabillent, ils déchirent; ils se mettent tout nus, ils sont dans une excitation des plus violentes; ils sont dans une excitation quelquefois voisine du délire aigu; ils ont, en un mot, un état maniaque des plus caractérisés; dans ce cas, l'inflammation cérébrale est plus intense; il y a un état congestif plus caractérisé des couches du cerveau; il y a un état méningo-encéphalite plus aigu. Ce sont de véritables maniaques; et il n'y a pas dans les asiles d'aliénés de malades plus incoercibles, plus difficiles à contenir que les maniaques paralytiques.

Or, cet état peut durer plusieurs mois; il dure quelquefois très long temps. Il y a des malades qui restent quelquefois six mois dans cet état d'excitation maniaque sans in=terruption pendant le jour et la nuit, qui ne dorment pas; ils sont constamment agités sauf des moments de répit de quelques heures; la plupart du temps, ils n'ont pas de sommeil, et les médicaments opiacés, la morphine, les sédatifs les plus puissants, ne parviennent pas à les calmer, à moins de déterminer un empoisonnement passager; mais la dose ordinaire ne suffit pas pour dé=terminer de l'affaissement au milieu de cette excitation maniaque, qui est due à l'inflammation cérébrale à divers degrés. Cette manie paralytique, qui a été très-souvent observée par les naturalistes et tous les auteurs, a des caractères particuliers, non-seulement au point de vue du délire des grandeurs qui est très-fréquent, mais au point de vue de l'intensité de l'agitation. C'est une sorte de manie convulsive; les malades ont des violences de mouvements, des violences d'excitation qui dépassent toutes les mesures; ils déchirent, et ils se déshabillent; presque tous les paralytiques ont cette disposition à se mettre tout nus et à déchirer indéfiniment et à se

déshabiller. C'est un fait extrêmement fréquent dans la manie convulsive des paralytiques aliénés. D'autres pa=
=ralytiques se présentent sous une autre forme, sous la forme de démence simple. Cette forme existe chez l'homme; mais elle est surtout fréquente chez les femmes. A la Salpêtrière, on en voit de fréquents exemples. Il y a des malades qui sont internées à la Salpêtrière, avec des symptômes évidents de paralysie générale, et qui se présentent sous une forme très-calme. Leur intelligence est très-affaiblie; elles ont baissé énormément au point de vue du niveau intellectuel; souvent, elles ne savent pas leur âge, le lieu de leur naissance; elles ne savent pas le quantième du mois; elles ont une intelligence très-affaiblie; elles sont évidemment en démence, en même temps, elles ont une sorte de satisfaction générale, une satisfaction béate; elles sourient; elles ont un rire bête; à chaque question qu'on leur adresse, le sourire, le même sourire se stéréotype sur leurs lèvres et leur physionomie; elles sont heureuses de tout; elles sont satisfaites; elles voient tout en beau. Elles ont quelquefois de belles robes, des robes de soie; il va leur arriver beaucoup d'argent; elles vont être très-heureuses; elles vont faire de beaux mariages; mais là se borne leur délire de satisfaction; elles n'arrivent

pas à la limite extrême dont je vous parlais tout à l'heure ; ces malades représentent la forme débile, ou la forme simplement démente de la paralysie générale ; il y a des malades qui ne vont pas au-delà ; il y en a même quelques-uns qui n'arrivent même pas jusqu'à la satisfaction, qui ont simplement la démence simple ; l'in=telligence est affaiblie d'une manière générale ; et il n'y a pas de conceptions délirantes appréciables. C'est la forme démente, débile de la paralysie générale. Or, il est remarquable qu'ordinairement cette forme est plus régulière dans sa marche que les autres formes ; les formes maniaques les formes violentes marchent plus rapidement vers une terminaison funeste que la forme de démence simple. Il y a des malades qui peuvent rester dans les asiles pendant des années, dans l'état de démence progressive plus ou moins prononcée et qui peuvent vivre très-long temps. Il y a à la Salpêtrière certaines malades qui vivent 7, 8, 10 ans dans cet état de démence simple avec paralysie générale. Il importe donc beaucoup de distinguer cette variété des autres variétés voisines. Mais le fond de démence existe chez tous les paralytiques, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, aussi bien chez les paralytiques

à prédominance monomaniaque ou maniaque que chez ceux qui ont la forme démente prédominante. Le 4e aspect sous lequel se présentent les paralytiques à la première période, c'est l'aspect mélancolique. Cet état n'était pas connu autrefois. Lorsque MM. Bayle, Calmeil et d'autres auteurs, ont décrit la paralysie générale, ils n'avaient pas insisté sur le côté mélancolique que présentent certains paralytiques. Cependant on trouve dans les observations de Bayle, par exemple, quelques exemples de ce délire mé=lancolique. M. Baillarger est l'auteur qui a surtout insisté sur l'existence de la mélancolie dans la paralysie générale, non-seulement au début, fait dont je vous ai parlé, mais même dans le cours de la maladie. Il y a des malades qui, soit séparément, soit alternativement présentent un délire mélancolique. Chez certains malades, cette alternance a même lieu de deux jours l'un, ou à peu d'intervalle de temps; un même malade a des alternants, ou de délire de grandeur, ou de délire mélancolique quelquefois tous les deux jours. Il y a dans tous les asiles d'aliénés quelques exemples de ce genre, quelques malades qui, un jour annoncent qu'ils sont souverains, empereurs, qu'ils ont des millions et des milliards, et qui, le lendemain, ont au contraire le délire

mélancolique, dit hypocondriaque. Ces conceptions délirantes auxquelles Mr Baillarger a donné le nom d'hypocondries, méritent d'être signalées d'une manière spéciale. Le mot d'hypocondrie ne suffit pas pour les caractériser; ce sont des conceptions d'une nature particulière et qui sont toujours à peu près les mêmes. Ces malades croient que leur personnalité physique est changée; ils sont modifiés soit dans la totalité de leur corps, soit dans quelqu'une de ses parties; ils ont une tête en plomb, une mâchoire de cheval, ils ont des bras de plomb ou des jambes de plomb; ils croient qu'ils sont bouchés, qu'ils n'ont pas de bouche, qu'ils n'ont pas de ventre, qu'ils n'ont pas d'estomac, qu'ils ne peuvent pas avaler, que les aliments ne peuvent pas passer, et en vertu de ces croyances qui sont extrêmement tenaces pendant un certain temps quoique au fond très-mobiles, en vertu de cette ténacité morbide, accidentelle, ces malades refusent absolument les aliments; et il y a dans la paralysie générale des périodes où le refus des aliments arrive avec une ténacité que rien ne peut vaincre. C'est un fait clinique important à noter. On croyait autrefois que c'était exclusif de la paralysie générale,

parce qu'on s'imaginait que tous les paralytiques généraux avec délire de grandeur, avaient une grande voracité. Ceci est vrai en général; mais ce n'est pas vrai dans toutes les périodes. Il y a des malades qui commencent par le délire de grandeur très-intense, et qui arrivent à la période mélancolique qui peut durer trois semaines, six semaines, deux mois, même davantage. Les malades se croient bouchés; ils n'ont pas de bouche; ils n'ont pas d'estomac; les aliments ne peuvent pas passer; et c'est inutile de chercher à leur introduire des aliments dans la bouche, ils serrent la mâchoire avec des efforts convulsifs; et on est absolument obligé d'employer la sonde œsophagienne, la bouche même d'argent de M. Billod est insuffisante; on est obligé d'introduire la sonde œsophagienne pour les nourrir artificiellement. Il est même remarquable que cet état mélancolique coïncide très-souvent avec un état physique très-mauvais; la nutrition se fait très-mal. Les malades maigrissent, ils ont une abondance d'urine excessive, dans une période la nutrition est tellement mauvaise que la mort est imminente et à craindre. Ensuite cet état s'accompagne d'eschares qui ne sont pas dues seulement au décubitus, mais à l'état général insuffisant

686 -de la nutrition et de l'alimentation. Les malades sont souvent exposés à la mort par suite d'une nutrition insuffisante. Ce délire mélancolique a des caractères spéciaux que M. Baillarger a signalés, et qui ont été confirmés depuis par d'autres observations. Il est loin d'être constant même chez les mêmes malades; mais il est fréquent, et il mérite d'être signalé comme caractère de la paralysie générale à diverses périodes, seulement, ordinairement il ne dure qu'un temps; il appartient à certaines périodes, et le même malade que vous avez vu atteint de délire mélancolique à certains moments, revient plus tard, soit au délire de grandeur, soit à l'état de démence simple. C'est une période dans la marche de la maladie et une période qui ordinairement est liée à un état physique concomitant, état d'affaiblissement, état de dépérissement général. Le malade est très-amaigri; la nutrition se fait très-mal; il arrive à être dans le marasme. Vous voyez donc que la paralysie générale, même à cette première période, ou, du moins à la période d'état, peut se présenter sous des formes diverses, sous la forme mono-maniaque, sous la forme maniaque, sous la forme mélancolique ou sous la forme démente. Cela est très-

important à connaître, et vous avez la démonstration de ce que j'ai dit au point de vue de la classification des maladies mentales, à savoir, que notre classification est anti-scientifique, puisque la même maladie organique, la même maladie cérébrale dont les caractères anatomiques sont extrêmement bien connus; cette même maladie peut se présenter sous les quatre formes différentes de la classifi=cation actuelle, et peut se présenter tantôt sous la forme de monomanie, tantôt sous la forme manie, tantôt sous la forme de mélancolie, ou tantôt sous la forme démente. Ce n'est pas véritablement une classification, puisque les mêmes malades peuvent présenter alternativement ces différentes formes. L'état, cette période d'état de la paralysie générale peut durer plus ou moins longtemps. On croyait autrefois que cette maladie avait une marche très-rapide vers la démence, et vers la mort. MM. Calmeil, Foville et Parchappe, les auteurs les plus remarquables, qui ont le plus étudié cette maladie, affirmaient, il y a trente ans, que la paralysie générale ne pouvait guère durer au-delà de six mois, ou un an, ou un an et demi. L'observation nous a prouvé au contraire que la maladie peut durer beaucoup plus longtemps; cette maladie peut durer cinq

ou six ans, et même dix ans, et même davantage dans les cas exceptionnels. Il n'en est pas moins vrai que la moyenne de durée a été de trois ans et demi pour nos prédécesseurs ; mais il ne faudrait pas la considérer comme absolue. Dans beaucoup de cas, la maladie se prolonge pendant très-long temps. Un autre fait qui n'était pas connu non plus, et qui est aujourd'hui parfaitement établi ; c'est que cette maladie n'est pas régulièrement progressive. Elle ne marche pas d'une manière continue comme on le croyait autrefois vers la démence et vers la mort sans interruption. C'est au contraire une maladie essentiellement paroxystique, une maladie qui a des périodes d'excitation, des périodes d'augment et des périodes de diminution ; elle marche par soubresauts, d'une façon extrêmement inégale, et le même paralytique, à plusieurs mois de distance, à six mois, un an de distance, n'offre pas au médecin le même tableau symptomatique. Il y a même plus : non-seulement cette maladie se présente avec de grandes différences de degré ; mais elle peut offrir des rémissions tellement prononcées que c'est curieux que ces rémissions ont pu être considérées comme de véritables guérisons. Voilà un fait qu'on ne

connaissait pas autrefois, et qui était même nié par nos prédécesseurs. Mr. Baillarger a contribué plus que personne à en établir la réalité; seulement, il en a peut-être exagéré l'importance. Mr. Baillarger est arrivé à cette conviction qu'il y avait des malades atteints de ce qu'il a appelé la manie congestive, c'est-à-dire, atteints de cette excitation maniaque avec idées de grandeur dont je viens de vous parler qui ont présenté des conceptions délirantes les plus multiples, les plus mobiles, les plus contradictoires et les plus exagérées; qui se sont crus rois, empereurs, grands seigneurs, Dieu; qui ont cru avoir des millions et des milliards. Ces malades, après cinq ou six mois de maladie arrivent à un état qui simule la guérison. Mr. Baillarger admettait que dans ces cas, la guérison est possible, que certainement, dans beaucoup de circonstances, la maladie peut reprendre plus tard son cours et devenir une paralysie générale aboutissant à la mort; mais qu'il peut exister des cas de guérison. Mr. Baillarger a collectionné déjà une centaine d'observations environ empruntées à d'autres auteurs et à sa propre pratique pour démontrer que la manie congestive est curable, et qu'après un accès de manie de cette espèce, le malade peut revenir à lui-même et ne pas

retomber dans la paralysie générale. La question de fait n'est pas douteuse ; il est certain qu'il y a un certain nombre de malades qui présentent cette marche parti=culière de la maladie, qui, après avoir offert tous les caractères physiques et moraux de la paralysie générale, arrivent néanmoins à un état qui simule la guérison à divers degrés. Quelques-uns de ces malades conservent beaucoup de faiblesse intellectuelle, ils sont au-dessous du niveau ancien ; ils ont encore un peu d'embarras de la parole ; ils ont encore des traces évidentes d'affection cérébrale intense et grave, mais ils peuvent rentrer dans leur famille, dans la société, et même y reprendre leurs fonctions. Il y en a même quelques-uns qui se sont mariés dans ces conditions de guérison apparente. Ce fait clinique est donc incontestable, et Mr. Baillarger a eu le grand mérite de l'établir clini=quement, d'une façon qui ne peut être contestée par personne ; mais l'interprétation scientifique peut varier, et pour beaucoup d'auteurs aujourd'hui, cela n'est qu'une rémission. Les malades qui arrivent à cet état de guérison apparente, reprennent tôt ou tard les caractères de la maladie ; ce n'est qu'une suspension momentanée, un arrêt plus ou moins prolongé. Au bout de six mois,

un an, un an et demi, plus ou moins, selon les cas, le malade est repris de symptômes cérébraux très-intenses, de convulsions, de congestion et d'un état de démence avec idées ou sans idées de grandeur, avec symptômes paralytiques des plus caractérisés, de sorte qu'aujourd'hui en général, la plupart des médecins spéciaux sont disposés à admettre que la manie congestive de Mr. Baillarger n'est qu'une première période de la paralysie générale, et qu'après un temps plus ou moins long de suspension de la maladie, cette maladie reprend son cours, quoi qu'on fasse, et que, par conséquent, la manie congestive n'est pas curable d'une manière absolue. Ce fait mérite une nouvelle étude; mais au point de vue clinique, ce fait est très-important, et doit nous rendre bien circonspects dans le pronostic que nous portons sur les malades atteints de paralysie générale. Jusqu'à présent, la plupart des médecins d'aliénés qui voyaient arriver un paralytique, déclaraient qu'avant un an, un an et demi, le malade serait mort, et qu'il n'y avait aucune ressource. Ce pronostic est souvent démenti par l'événement. Il y a des malades qui, non-seulement, ne meurent dans le temps prévu, mais qui guérissent, se marient, et reprennent leurs fonctions sociales pendant un certain temps.

702. Ce fait est donc très-important à signaler dans l'étude de la paralysie générale.

Après l'indication des symptômes psychiques, j'ai à vous dire quelques mots des symptômes physiques. La paralysie générale est caractérisée par des symptômes physiques nombreux dans l'ordre de la motilité et de la sensibilité. Dans l'ordre de la motilité, le mot de paralysie générale n'indique pas bien la nature de la lésion de ces fonctions. Le mot d'ataxie correspondrait mieux à la réalité des faits. C'est, en effet, une incoordination des mouvements. La paralysie générale des aliénés n'est pas véritablement une paralysie. Ce mot de paralysie a donné lieu à des confusions nombreuses, et enrayé encore la marche de la science. Si on n'avait pas donné ce nom à cette maladie, beaucoup de questions douteuses seraient aujourd'hui résolues. Ce mot a été très-nuisible au point de vue du progrès de la science. Ce n'est pas une véritable paralysie. Les paralytiques, surtout sous la forme maniaque, ont plus de force qu'à l'état normal; ils peuvent lutter contre un grand nombre de personnes; ils ont une force physique très-exagérée; c'est donc une chose très-bizarre, que d'entendre appeler paralytiques des malades qui marchent, qui circulent,

qui se remuent et qui s'agitent avec une extrême violence ; mais ils ont tous de l'incoordination dans les mouvements, ils présentent une irrégularité dans la motilité qui est caractéristique de cette maladie. Or, cette irrégularité ne se manifeste pas seulement dans les bras et dans les jambes où elle est peu saillante dans la première période ; elle se manifeste surtout dans la parole, et c'est l'embarras de la parole qui est le signe pathognomonique de cette maladie. Seulement, cet embarras ne ressemble pas à celui qui existe d'autres affections cérébrales ; ce n'est pas, comme on l'a dit, la suppression de la parole, et un bégaiement extrêmement intense ; un arrêt de la parole, ce n'est pas comme dans le ramollissement ou dans l'apoplexie ; c'est un simple tremblement fibrillaire de la langue et des muscles de la face, et qui se manifeste par certains arrêts, des rémissions de certains sons ; il y a une suspension entre les syllabes, une suspension entre les mots ; il y a un temps d'arrêt ; le malade est obligé de faire un effort pour lancer la syllabe qui suit, pour lancer le mot qui vient après ; il y a une sorte d'effort qu'il faut avoir constaté chez les malades pour pouvoir bien le diagnostiquer ; et ce phénomène est parfois si peu sensible, qu'il faut une

circonstance spéciale pour le rendre saillant. Ainsi, certains malades bégaient davantage en lisant à haute voix ou en chantant. Pour d'autres, c'est le contraire; il y a des malades qui peuvent chanter avec assez de facilité, sans effort, ou lire à haute voix facilement, et qui, au contraire, bégaient davantage en parlant. Ceci varie selon les malades. Mais il faut les faire parler à haute voix; il faut les faire parler vite ou lentement; il faut les faire lire sur un livre quelques phrases successives pour bien constater l'embarras de la parole dans ces conditions diverses. Je parle, bien entendu, de la première période. Plus tard, ce symptome augmente, s'accuse, et devient alors très-manifeste. Mais il y a des degrés primitifs d'embarras de la parole qui sont difficiles à constater, surtout pendant la période d'excitation, car tout le monde a fait cette remarque que pendant l'excitation maniaque, l'embarras de la parole semble disparaître chez certains malades, tandis qu'il est beaucoup plus saillant dans la forme débile, ou dans la forme démente.

Indépendamment de ce trouble principal de la motilité, il y en a d'autres; il y a chez les paralytiques

même à la première période, quelquefois un peu de tremblement beaucoup moins prononcé que dans l'al=:coolisme et quelques symptômes fibrillaires, quelques mouvements fibrillaires des muscles de la face ou de toutes les parties du corps. Il y a du tremblement dans les bras; c'est pourquoi les malades ne peuvent pas saisir les objets; ils les laissent s'échapper; ils ne peuvent pas écrire; ils ont un peu de tremblement du tact; ils ont de la difficulté pour former certains mots; ils ont du tremblement dans les jambes; ils trébuchent; ils ne sont pas solides; ils ont de l'ataxie; ils marchent d'une manière inégale; ils inclinent à droite ou à gauche; ils penchent en avant; ils ont une altération de la motilité, qui varie suivant les jours ou les moments. Il en est de même de la sensibilité, qui est moins atteinte que la motilité. Certains malades ont de l'anesthésie incomplète ou générale plus ou moins intense; d'autres ont de l'hyperesthésie. Les auteurs anglais ont même attribué à cette hypéresthésie de certains paralytiques, la disposition qu'ils ont à se déshabiller, à se mettre tout nus. Il y a eu en Angleterre plusieurs mémoires publiés à ce sujet, pour faire voir que les paralytiques se déshabillent,

en vertu d'une hypéresthésie de la peau. Ils ont une telle disposition à la sensibilité de la peau, qu'ils ne peuvent pas supporter même le poids des vêtements. Quoi qu'il soit de cette interprétation particulière, ce fait d'hypéresthésie est certain dans quelques cas. Certains malades ont de plus, de l'in::continence des urines; ils deviennent gâteux, même dès cette première période. Ce symptome est très-inégal, selon les malades et les moments. Il y a des malades qui ont été gâteux, et qui cessent de l'être pendant un certain temps; d'autres qui le sont d'une manière intermittente. Je parle toujours de la première période, bien entendu. Plus tard, quand les malades marchent vers la démence et vers la mort, l'incontinence devient le fait habituel, le fait constant, de même que dans la paralysie l'embarras de la parole, et tous les autres symptomes physiques. C'est après cette première période que surviennent ordinairement les rémissions dont je vous ai parlé tout à l'heure. Les malades peuvent, dans un certain nombre de cas, rentrer dans leur famille ou dans la société; mais il en est d'autres, au contraire, qui ne quittent jamais les asiles d'aliénés. Il y a

des malades qui, une fois entrés dans la voie de la paralysie progressive, continuent constamment leur marche vers la démence et vers la mort. C'est-là le fait le plus habituel, le fait le plus fréquent. Il y a donc à étudier, dans la paralysie générale, une seconde, une troisième période pour les mettre en regard avec la première période dont je viens de vous parler aujourd'hui. L'étude de cette seconde et de cette troisième périodes, que je ferai très-rapidement, parceque le temps ne me permettra pas de la développer, cette étude fera l'objet de la prochaine séance avec l'étude des causes d'anatomie pathologique et des diverses circonstances qui sont utiles à connaître dans l'histoire de la maladie. Dans la dernière séance, je terminerai le cours de cette année.

(Applaudissements).

608

22e Leçon.

3 Février 1877.

Messieurs,

Je vais terminer aujourd'hui le cours de cette année. J'ai à vous parler de la paralysie générale. Déjà, dans deux séances précédentes, j'ai étudié les périodes prodromiques, les premières périodes, et la première période ou période d'état de cette paralysie spéciale. J'ai à m'occuper aujourd'hui de la seconde et de la troisième périodes. J'étudierai ensuite très-rapidement les causes, l'anatomie pathologique et le diagnostic différentiel.

Je me suis arrêté, à la dernière séance, à la période

700 - d'état de la paralysie générale, qui se présente comme je vous l'ai dit, sous des formes diverses, tantôt sous la forme dite monomaniaque, c'est-à-dire sous la forme du délire de grandeur avec conceptions délirantes multiples, mobiles et contradictoires, tantôt sous la forme mélancolique, sous la forme de démence simple, ou sous la forme maniaque, car la paralysie générale peut présenter ces diverses formes là; comme je vous l'ai déjà dit plusieurs fois, elle réunit en elle seule, en elle-même toutes formes connues et admises des maladies mentales; elle peut se présenter sous la la forme mélancolique, sous la forme monomaniaque, sous la forme maniaque ou sous la forme démente; mais malgré ces diversités de forme, le fond de la maladie reste le même; la maladie est essentiellement caractérisée au physique par une paralysie générale incomplète et progressive; et au moral, par un état de démence à divers degrés*. Ces deux caractères sont des caractères essentiels de la paralysie générale: la paralysie générale incomplète et la démence. Ces deux phénomènes augmentent d'intensité à mesure que la maladie marche vers sa terminaison et vers la mort; mais

cette augmentation d'intensité est loin d'être réguliè=
=rement progressive. C'était une idée fausse, acceptée
autrefois, de croire que cette maladie avait une marche
essentiellement continue. Il n'en est rien, comme je
vous l'ai déjà dit, elle présente fréquemment des rémissions,
et ces rémissions peuvent être assez prononcées pour
simuler la guérison. J'ai insisté dans la dernière séance
sur ce fait, en vous disant que M. Baillarger avait
fait faire un progrès à l'étude clinique de la maladie,
en démontrant par un grand nombre de faits que
la paralysie générale présente parfois des rémissions
qui peuvent passer pour des guérisons. Des malades
rentrent alors dans le monde, ils rentrent dans leur
famille et dans la société avec un affaiblissement de
l'intelligence; mais avec un affaiblissement peu prononcé,
avec un affaiblissement qui peut quelquefois même
passer inaperçu pour un observateur peu attentif.
C'est souvent à la suite d'une rémission de ce genre que
les malades reviennent, après plusieurs mois, quelquefois
après une année, reviennent dans les asiles d'aliénés;
ils y reviennent ordinairement à la suite d'une attaque
congestive ou convulsive. C'est un phénomène important

dans la marche de la paralysie générale, et dont je ne vous ai point encore parlé. Ce phénomène se produit à diverses périodes; il peut exister dans les premières périodes, mais ordinairement, ce n'est guère que vers la seconde phase de la maladie que l'on commence à observer chez les paralytiques aliénés des attaques congestives ou convulsives. Ces attaques signalent souvent le passage de la première à la seconde période. Vous savez que, dans toutes les maladies, les périodes sont souvent assez mal délimitées, et elles ne peuvent pas être déterminées avec précision, mais malgré cela, c'est ordinairement, c'est par une attaque congestive que le malade passe d'une période à une autre. Mais cette attaque peut survenir après une rémission prolongée; et il y a deux manières d'arriver à la seconde période, la manière continue et la manière rémittente. Ces deux variétés sont très-importantes à signaler. Il y a des malades qui sont rentrés dans leur famille et dans la société, et qui sont pris tout à coup, au milieu d'une santé apparente, d'attaque convulsive ou épileptique; à la suite de ces attaques qui durent quelques heures ou

quelques jours, à divers degrés avec leurs suites, bien entendu, les malades arrivent à une période plus avancée de la maladie; les symptômes paralytiques deviennent plus intenses, l'embarras de la parole est plus marqué; la démence est plus avancée, les malades sont plus affaiblis au physique et au moral; ils arrivent alors à une période plus avancée de la maladie. Cela a lieu souvent dans les asiles d'aliénés : un malade qui pouvait encore marcher, circuler, s'occuper dans une certaine mesure, à la suite d'attaques convulsives ou congestives arrive à une période où il ne peut plus marcher que d'une façon incomplète, en tombant; il est beaucoup moins solide sur ses jambes; cependant, il ne faudrait pas croire que dès ce moment les malades arrivent à une paralysie complète, car il y a un grand nombre de paralytiques même qui n'y arrivent jamais. Il y a des paralytiques dont le système musculaire s'affaiblit, qui sont tombants, incertains dans la marche, disposés à faire des chutes, à se laisser tomber, et qui, cependant, peuvent encore marcher, même quelques jours avant leur mort. Quoi qu'il soit, les phénomènes paralytiques augmentent à mesure que la maladie avance vers sa terminaison

 fatale. A cette même époque survient ordinairement de l'agitation maniaque. La plupart des paralytiques arrivés à la seconde période deviennent agités, même ceux qui étaient très-tranquilles et très-calmes auparavant. Les paralytiques même qui présentent la forme de démence simple dont j'ai parlé, peuvent, à la suite d'attaques congestives, acquérir de l'agitation. Or, cette agitation qui est presque constante, très-fréquente, dans la paralysie générale, se présente sous deux formes différentes, et peut consister en une simple agitation automatique, un besoin de mouvement instinctif. Les malades ont besoin de remuer les bras, les jambes, de s'agiter le jour et la nuit, de déchirer, de se déshabiller. L'action de déchirer et de se déshabiller est un fait très-fréquent dans le cours de la paralysie générale. Ces malades ont une tendance à rejeter leurs vêtements. Ils semblent avoir ce que l'on pourrait appeler la carphologie de l'homme debout; de même que dans les affections cérébrales aiguës, encéphalites, méningites; il y a le phénomène qui est connu sous le nom de carphologie, besoin de ramasser, d'effiler ses couvertures, d'effiler ses vêtements, de remuer sans cesse les mains,

comme de ramasser de petits objets, pour ramasser les petits objets qui peuvent tomber sous la main des malades. Ce même phénomène existe dans les paralytiques qui marchent; ils ne sont pas au lit; ils ne sont pas couchés; mais malgré cela, ils ont un besoin instinctif de mouvements musculaires, automatiques. C'est une forme d'agitation; mais il y en a d'autres qui ont une véritable agitation maniaque; ceux-là parlent beaucoup à haute voix, au point d'arriver à l'extinction de voix; ils crient, ils chantent; ils sont extrêmement agités le jour et la nuit. Il y a des malades qui, à cette période, peuvent passer plusieurs mois, le jour et la nuit, dans un état d'agitation incessante. Il est remarquable, en effet, que la paralysie générale, à cette période, s'accompagne souvent d'une grande agitation. On a employé contre ces agitations temporaires de la paralysie générale divers moyens thérapeutiques, l'opium, la morphine, le chlorate, et enfin le bromure de potassium. Le bromure de potassium paraît être le moyen qui réussit le mieux aujourd'hui pour calmer ces agitations automatiques des paralytiques généraux. Cependant cette agitation est souvent incoercible; mais le bromure arrive à la dominer, à la diminuer dans une

 certaine mesure, quand il ne la fait pas cesser complètement. C'est un médicament utile dans cette période pour diminuer l'intensité de l'agitation, surtout pendant la nuit. Quoi qu'il en soit, cette agitation est souvent presque irréversible, et la morphine en particulier n'a aucune action sur cet état d'agitation cérébrale. On a administré l'opium et la morphine à doses toxiques, à doses extrêmement élevées, soit par injections hypodermiques, soit par la bouche, soit en lavements; mais on n'arrive pas à calmer l'agitation. Le bromure est le moyen qui réussit le mieux dans ces conditions spéciales. Cette agitation est un caractère essentiel de la paralysie générale à sa seconde période; elle peut durer très-long temps. Ces malades restent souvent cinq ou six mois dans cette période d'agitation automatique à divers degrés. Mais, plus tard, à mesure que la maladie progresse, ils arrivent peu à peu à la paralysie plus complète. Cette paralysie n'est jamais complète absolument parlant, mais elle est plus avancée. Le malade peut arriver à un point où il est incapable de marcher; non-seulement, il marche avec peine, comme quelques-uns d'entre eux, soutenus par un ou deux

gardiens ; mais il en est un certain nombre qui ne peuvent pas marcher du tout. C'est un phénomène qui caractérise la troisième période de la maladie. Les malades sont assis sur un fauteuil, sur un fauteuil percé, parce qu'ils ont une incontinence perpétuelle d'urine et des matières fécales et les jambes refusent leur service ; ils ne peuvent plus marcher. Cette période peut durer très-long temps. Il y a des malades qui, pendant plusieurs semaines, d'autres pendant plusieurs mois restent à ce degré, au 3e. degré de la paralysie générale. Dans ce degré, l'intelligence est très-affaiblie, en même temps que les forces physiques ont diminué, ont baissé, en même temps qu'elles ont disparu. Les forces intellectuelles ont également diminué d'une façon extrêmement notable ; la mémoire est presque nulle, le malade ne reconnaît plus les personnes ; il reconnaît à peine les objets qui l'entourent ; il conserve encore quelques mots qu'il répète machinalement, quelques membres de phrases ; il peut à peine répondre aux questions qu'on lui adresse, il ne sait plus son nom, il ne sait plus son âge, il ne sait plus l'époque de l'année, la date ; la démence est aussi complète que possible, malgré cela, même à cette période, on voit encore surnager quelquefois certaines

 -idées provenant des périodes antérieures. Un malade qui est même à cette époque avancée de la maladie, conserve encore certaines idées de grandeur, il se croit roi, empereur, il conserve l'idée des millions, des milliards, et il marmotte entre ses dents ces expressions indiquant son ancien délire qui persiste malgré la démence très-avancée. Ce n'est que dans la période tout-à-fait terminale que la maladie arrive à la suppression complète de la pensée et de la parole; mais dans beaucoup de cas, même peu de jours avant la mort, les malades parviennent encore à exprimer quelques idées délirantes, ou, du moins, dans un certain nombre de cas. Pour bien comprendre cette marche très-irrégulière, très-inégale de la paralysie générale, variable selon les individus, et chez les mêmes individus selon les moments, il faut comparer cette maladie à la phthisie pulmonaire que nous avons occasion d'observer, malheureusement très-souvent. Eh bien! la phthisie pulmonaire qui est connue de toute antiquité, qu'on a connue avec ses différentes phases, nous représente exactement l'inégalité de la marche de la paralysie générale. Nous avons certains phthisiques qui sont atteints de la phthisie galopante, et qui, en très-peu

de temps, dans un état fébrile aigu, marchent vers une mort extrêmement rapide, avec des phénomènes ex:=trêmement intenses, état fébrile, sueurs nocturnes, ex:=pectoration abondante, tous les symptomes sont réunis, et conduisent le malade au tombeau en quelques mois; il en est de même de la paralysie générale aiguë. Il y a des phthisiques, au contraire, qui ont des périodes de crise, et de rémission, d'amélioration après des périodes de plusieurs mois pendant lesquels il s'est formé des cavernes; il y a eu hémoptysie, oppression considérable, sueurs noc:=turnes, et tous les symptomes de la phthisie, en un mot, à un très-haut degré; après une période de plusieurs mois dans cet état, il survient, il s'opère une sorte de réparation temporaire, les cavernes finissent par se vider; elles se cica:=trisent, et souvent, pendant assez long temps, le malade reprend une partie de sa santé antérieure, soit à la suite d'un voyage, soit à la suite d'une station thermale, d'un voyage sur mer, dans des conditions hygiéniques plus favorables; le malade revient à la santé pendant un certain temps, jusqu'à ce qu'une nouvelle poussée tuber:=culeuse se produise et détermine de nouveaux accidents. Eh bien! c'est la même chose dans la paralysie générale.

710. Nous avons des malades qui marchent continuellement vers la mort; il y en a d'autres, au contraire, qui marchent par rémission, et par état paroxystique. Il y a donc éga:=lement, dans ces cas, des poussées congestives vers la surface du cerveau. Pendant la période de congestion intense, les symptômes paralytiques, les symptômes de démence et d'agitation maniaque sont extrêmement prononcés. Plus tard, au contraire, il s'opère une sorte de réparation temporaire dans le travail anatomique cérébral, et le malade reprend peu à peu une partie de ses facultés; il est rare qu'il les reprenne complètement, il y a toujours un abaissement intellectuel, il y a quelques symptômes physiques qui persistent; mais enfin, le malade est tout différent de ce qu'il était pendant la période de crise et d'accès; et c'est à la suite de plusieurs poussées congestives du même genre que le malade marche progressivement, et par soubresauts en quelque sorte vers la démence et vers la mort. En comparant la marche de la paralysie géné:=rale à celle de la phthisie pulmonaire, on peut mieux comprendre ces inégalités dans l'intensité des divers symp:=tômes de la maladie. Il y a des paralytiques qui vivent très-longtemps. On croyait autrefois que cette maladie n'avait

qu'une durée de trois ans en moyenne; mais on a été obligé de revenir sur cette opinion trop absolue. Il y a des paralysies générales qui durent neuf ans, dix ans. Ce sont les cas exceptionnels; mais ces cas méritent de figurer dans l'histoire de la maladie. C'est donc une maladie très-chronique et qui présente de grandes inégalités dans son cours. Il est rare que le malade meure par suite de l'évolution naturelle de la maladie cérébrale. Il y a quelques paralytiques généraux qui arrivent à un état d'atrophie cérébrale très-avancée, et qui meurent dans le marasme; mais ces cas sont rares. En général les paralytiques meurent par complication, par complication cérébrale, complications provenant des autres organes. Les complications cérébrales suivent les attaques con=gestives et convulsives. Beaucoup de paralytiques meurent dans des attaques, ils perdent connaissance; ils ont des conges=tions très-intenses qui durent plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours. A la suite de ces congestions, de ces convul=sions, le malade meurt par l'effet de la maladie cérébrale. Dans d'autres cas, c'est par des maladies incidentes. Il y a des paralytiques qui meurent par pneumonie, dyssenterie, diarrhée polymatique, ou bien par des eschares, modes de terminaison de la maladie assez fréquent; les malades

712. laissant aller sous eux leurs urines, étant obligés de garder le lit, ou étant assis constamment sur un fauteuil, s'écorchent le siège ; ils se forment des eschares qui proviennent du décubitus; mais souvent aussi, de l'état général de la nutrition ; car les eschares peuvent se produire dans des points qui ne sont pas en contact avec les objets extérieurs. Beaucoup de pa=ralytiques meurent dans un état de marasme avec eschares, au siège ou dans diverses parties du corps. Il en est d'autres enfin qui, par suite de la paralysie du pharynx et de la difficulté de la glutition, s'étouffent en mangeant, ils meurent par l'arrêt du bol alimentaire. C'est encore un mode de ter=minaison de la maladie assez fréquent.

Quoi qu'il en soit, cette maladie aboutit toujours à la mort dans un temps plus ou moins rapproché ; elle est incurable en elle-même. Cependant on admet aujourd'hui qu'il est possible d'enrayer sa marche, d'obtenir une suspension plus ou moins prolongée de la maladie.

Après ces indications nécessairement très-rapides, très-insuffisantes sur la marche de la maladie, j'ai à vous parler de ses causes. Dans la plupart des maladies mentales les causes ont été étudiées d'une manière générale. On a admis des causes prédisposantes et des causes occasionnelles

qui sont à peu près les mêmes pour toutes les formes de maladie mentale. Comme cause prédisposante, l'hérédité, comme causes occasionnelles, les chagrins, les émotions, la frayeur, etc, toute la série des causes qui composent l'étiologie des maladies mentales. Mais pour la paralysie générale, on peut faire une étiologie spéciale. Cette maladie est spéciale non-seulement par les symptômes et les lésions anatomiques, mais même aussi par ses causes. C'est une maladie qui est moins souvent héréditaire que les autres maladies mentales; on ne peut pas dire qu'elle ne le soit jamais, il y a des malades qui ont dans leur famille des aliénés ou des paralytiques; il y a d'autres malades atteints d'affections cérébrales organiques. On trouve, en remontant chez les ascendants des paralytiques, des antécédents héréditaires; mais on n'en trouve beaucoup moins que chez les autres aliénés. La paralysie générale est une maladie que nous voyons naître souvent sous nos yeux, à la naissance de laquelle nous pouvons assister successivement. L'étiologie spéciale a donc une plus grande importance que dans les autres formes de maladies mentales. Il y a cependant une remarque à faire; que l'hérédité existe plus souvent dans la voie descendante que dans la voie ascendante. Il arrive que des descendants de paralytiques aliénés sont atteints d'affections cérébrales ou

714. nerveuses, tandis que nous assistons à la naissance de la maladie. Il en est de même de la phthisie. Nous voyons certains phthisiques se former sous nos yeux, tandis qu'il en est d'autres qui sont le produit de l'hérédité, chez les ascendants. L'étiologie particulière de la paralysie générale peut se réunir sous deux groupes principaux. Le 1er de ces groupes consiste dans l'excès de dépense de forces nerveuses. La plupart des paralytiques ont dépensé de la force nerveuse outre mesure, soit par des excès de travail, soit par des excès sexuels, des excès alcooliques, des veilles, de l'insomnie, par une exubérance d'activité intellectuelle, d'activité cérébrale. C'est-là le fait principal qu'on retrouve chez la plupart des paralytiques. L'autre fait, c'est l'élément congestif. La paralysie générale est une maladie essentiellement congestive. Or, toutes les causes qui peuvent déterminer la congestion du sang vers le cerveau, peuvent produire la paralysie générale. M. Baillarger a surtout insisté sur cet ordre de causes. M. Lunier, dans ses mémoires sur la paralysie générale, a étudié avec soin les diverses professions ou circonstances qui peuvent favoriser la congestion du cerveau et donner naissance à la paralysie générale. M. Lunier et M. Baillarger ont noté ce fait que cette maladie était très-fréquente dans certaines

professions qui ont pour résultat de porter le sang à la tête : les chauffeurs, les cuisiniers placés en rapport avec une haute température. On a également attribué cette maladie souvent à l'insolation, à l'influence de la chaleur solaire, également à la suppression des hémorroïdes ou des règles. M. Baillarger a étudié surtout cette étiologie de la paralysie générale au point de vue des congestions ; M. Lunier a fait remarquer que les ascendants des paralytiques aliénés avaient souvent été atteints de paralysie générale ; qu'il y avait hérédité congestive dans la famille, et que cette hérédité était plus puissante que dans les autres maladies, qu'il y avait plutôt chez les ascendants des personnes atteintes de congestion cérébrale que d'aliénation mentale proprement dite, qu'il faut rattacher cette maladie plutôt aux maladies cérébrales qu'aux folies proprement dites.

Cette maladie a encore quelques circonstances par=ticulières d'étiologie : d'abord, l'âge ; c'est une maladie qui ne s'observe pas dans l'enfance, ni dans la jeunesse ; on ne l'observe qu'à partir de l'âge de 25 ans, et encore les cas de paralysie générale à 25 ans sont extrêmement rares. C'est à partir de 30 ans qu'on commence à constater fréquemment l'existence de la paralysie générale ; depuis 30 jusqu'à 45, c'est dans cette limite de 15 années de l'âge adulte que survient

716. surtout la paralysie générale. Cette maladie est donc une maladie de l'âge adulte, de l'âge mûr, plutôt qu'une maladie de la vieillesse. Dans l'âge avancé, on a des hémor=:ragies cérébrales, des ramollissements, des maladies organiques du cerveau; mais on est très-rarement atteint de paralysie générale vraie. C'est une maladie de l'âge adulte, de l'âge mûr.

Autre circonstance: cette maladie est bien plus fréquente chez l'homme que chez la femme, dans une proportion énorme, trois ou quatre fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Cette proportion est même plus grande dans certaines conditions particulières. Dans les grandes villes, on observe la paralysie générale chez la femme. Dans les petites villes ou dans les campagnes, on ne la rencontre presque jamais chez la femme. Dans les grandes villes, cela tient à des conditions spéciales: les femmes des grandes villes se trouvent, sous certains rapports, dans des conditions analogues à celles des hommes. Les excès sexuels, les excès alcooliques, les excès d'insomnie, de veille et de travail peuvent s'observer chez la femme comme chez l'homme. Ainsi à la Salpêtrière, par exemple, on observe un certain nombre de paralytiques aliénées, tandis qu'en province, les paralytiques femmes se rencontrent très-rarement, elles sont très-peu fréquentes chez les femmes. On a fait cette

observation particulière, que la paralysie générale survient surtout chez les filles publiques, chez les femmes entretenues, chez les femmes qui ont une vie aventureuse, agitée et avec des excès sexuels et de tous les jours. Dans les classes bourgeoises, au contraire, dans les classes élevées, la paralysie générale n'existe presque jamais chez la femme. Ainsi, dans nos maisons de santé particulières, il est très-rare d'observer une paralytique générale femme, tandis que chez les hommes, c'est très-fréquent. C'est ce qu'on observe également à Charenton. La paralysie générale constitue presque la majorité de la population des hommes, tandis que chez les femmes elle est beaucoup plus rare, et ne se produit guère chez les femmes que dans les conditions que je viens d'indiquer; chez les femmes qui ont une existence irrégulière, une existence tout-à-fait accidentée, aventureuse et avec des excès nombreux.

Une autre circonstance étiologique importante est celle-ci: la paralysie générale est une maladie des grands centres de population, des grandes villes: il y en a beaucoup à Paris, à Londres, à Berlin, à Vienne, dans toutes les grandes villes, et on pourrait dire que son nombre est proportionnel à la grandeur des villes; plus une ville a de population, plus elle a de chance d'avoir des paralytiques généraux et dans

 une proportion qui excède de beaucoup la proportion de la population, tandis que dans les campagnes la paralysie générale n'existe presque jamais. Il y a certains asiles de province qui recrutent leur population principalement parmi les gens voués au travail agricole, qui n'ont presque pas de paralytiques généraux. On en trouve 2 ou 3 sur 2 ou 200 malades, tandis que dans les grandes villes, la paralysie générale est une maladie extrêmement fréquente. Il en est de même chez les différents peuples : les peuples les plus civilisés sont ceux qui offrent le plus d'exemples de la paralysie générale, et en proportion, en quelque sorte, de l'activité intellectuelle ou de l'activité physique de ces diverses populations. Il y a donc, vous voyez, dans l'étiologie de la paralysie générale, des caractères spéciaux qui la distinguent de l'étiologie des autres formes de folie. C'est une maladie dont nous connaissons mieux l'étiologie spéciale que celle de la plupart des autres maladies mentales. Il en est de même de l'anatomie pathologique. Tandis que l'anatomie pathologique générale de la folie laisse beaucoup à désirer, celle de la paralysie générale est bien plus avancée, et nous avons là des données assez certaines, assez positives. C'est par la paralysie générale qu'on a commencé l'étude des lésions

anatomiques chez les aliénés. On a trouvé chez les paralytiques des lésions nombreuses des méninges et de la surface du cerveau; rien que par l'observation ordinaire, visuelle, nos devanciers avaient constaté, depuis l'origine, des lésions très fréquentes, presque constantes des méninges et de la surface corticale. Les méninges sont épaissies, œdématiées, opaques, il y a méningite chronique. C'est ce que Bayle et Calmeil avaient constaté et qui a été constaté par tous ceux qui ont étudié l'anatomie de cette maladie. De plus, ces méninges épaissies, œdématiées, congestionnées, adhèrent à la surface corticale du cerveau, il y a toujours quelque adhérence. Lorsque vous enlevez les méninges avec la pince à dissection, vous arrachez de temps en temps quelques petites portions de la substance cérébrale, de la substance corticale, et la substance cérébrale se détache par petites portions de manière à se décortiquer: c'est une expression qui rend bien compte de cela, il y a de petites portions de la substance grise arrachées avec les méninges, et qui laissent sur la surface des circonvolutions, des dépressions, des villosités ressemblant à la décortication d'un arbre, à l'enlèvement d'une pellicule, d'une écorce, comme dans le platane ou dans d'autres espèces végétales. Cela existe surtout sur les lobes antérieurs; mais dans certains cas, cela peut exister sur la surface du cerveau, surtout dans la

partie médiane, dans le voisinage de la duremère. Cet enlèvement indique un ramollissement de la couche cor:
:ticale du cerveau. Ce ramollissement est le fait pathogno:
:monique de la paralysie générale, comme l'a dit Parchappe.
C'est un fait presque constant chez les paralytiques aliénés, surtout lorsque la maladie a duré assez longtemps; il y a presque toujours un ramollissement de la substance grise superficielle. Parchappe a même établi que ce ramollissement existait dans la couche moyenne de la substance corticale.
On admettait six couches de la substance corticale, et c'est la partie moyenne qui est atteinte. C'est pourquoi, cela s'enlève avec les méninges; cela existe tantôt sur les lobes antérieurs seulement, tantôt sur tout le cerveau. La substance corticale est décolorée, elle est pâle, d'un gris extrêmement opale, tendant vers le blanc; elle a perdu sa coloration naturelle. Il y a là des décolorations successives qui indiquent les divers degrés de la lésion. Indépendamment de cette lésion de la substance corticale qui est une lésion essentielle, prin:
:cipale, on constate dans la paralysie générale ordinairement, surtout dans les périodes avancées, une induration de la substance blanche; ce fait avait déjà été signalé par M. Delaye en 1824, dans sa thèse, et par M. Foville père.

Il a été vérifié par d'autres observateurs. Ce fait n'existe pas dans les premières périodes de la maladie; du moins il est plus difficile à constater. Mais, quand la maladie est avancée, il est presque constant. M. Baillarger fait remarquer avec raison, que, dans certains cas de paralysie générale ancienne, on pouvait, en grattant les lobes antérieurs avec le manche du scalpel, enlever une partie de la substance cérébrale, et laisser subsister des portions de substance blanche formant comme des végétations, comme des crêtes indurées qui restent seules, alors qu'on a gratté la partie supérieure du cerveau. M. Regnard a fait, à ce sujet, un travail dans les annales pour constater cette lésion spéciale dans la substance blanche, dans les cas avancés de la paralysie générale.

Il y a encore d'autres lésions assez fréquentes : c'est l'altération comme chagrinée de la membrane qui tapisse les ventricules. Lorsqu'on ouvre le cerveau, dans les ventricules latéraux on constate que la surface de ces ventricules est comme chagriné. Il y a comme des villosités, de petits tubercules, des saillies qui sont un fait presque constant dans la paralysie générale. M. Joire, de Lille, a considéré cette lésion comme pathognomonique; il est certain qu'elle est très-fréquente.

Telles sont, en peu de mots, les lésions les plus habituelles

dans la paralysie générale; mais ces lésions sont celles qu'on a constatées à l'œil et la vue. Le microscope est venu compléter ces observations, et donner des éléments nouveaux pour l'appréciation des lésions dans la paralysie générale. Cette étude a été très-bien faite dans les dernières années, soit en Allemagne, soit en France, et on est arrivé à cette conclusion générale qu'il y a en quelque sorte trois périodes dans l'évolution des lésions cérébrales, dans la paralysie générale: première période, période congestive de la surface; c'est une période qui laisse peu de traces à l'autopsie, et cependant elle est facile à constater. Les méninges sont gorgées de sang, les veines lacrymaires sont injectées, il a quelquefois une coloration bleuâtre de la surface du cerveau. Dans la seconde période, il y a ramollissement de la substance grise corticale: c'est la période d'état bien caractérisé de la maladie; et dans la troisième période, il y a diminution, et presque disparition successive de la substance grise corticale. La couche de la substance grise disparaît progressivement, au point de disparaître complètement, dans certains cas très-chroniques et pendant qu'il se fait un ramollissement très-marqué de la substance grise corticale; il se fait parallèlement une induration ou un état de sclérose de la substance blanche

qui est sous les circonvolutions. C'est cet état de sclérose qui a été très-bien étudié par le microscope, soit par les auteurs français, soit par les auteurs allemands. En France, M. Magnan a surtout insisté dans des thèses et dans des travaux successifs sur ces lésions anatomiques de la paralysie générale; il les a bien décrites; il les a étudiées au microscope et parfaitement décrites et reproduites. C'est dans les travaux de M. Magnan que vous pourrez trouver des détails que le temps ne me permet pas de vous donner sur ces lésions particulières de la substance blanche dans la paralysie générale. Ces lésions ont été comparées avec juste raison à ce qui a lieu dans le foie pour la cirrhose, et dans le rein pour la maladie de Bright. Il y a là un travail du même ordre, un travail de disparition de la substance cérébrale avec épaississement du tissu interstitiel qui comprime les tubes nerveux, et les fait disparaître peu à peu; dans une période ultime la substance nerveuse est même remplacée par de la graisse, absolument comme dans l'évolution de la cirrhose, ou dans la maladie de Bright. On a assimilé les deux évolutions pathologiques avec raison. M. Westphal, à Berlin, et M. Magnan, à Paris, ont insisté sur l'existence de cette lésion qui se produit également dans la moelle et dans le cerveau. Il y a là un double travail en sens

inverse selon les cas. Il y a certains cas où la maladie paraît transportée dans la moelle, et où les lésions sont surtout constatées dans la substance nerveuse médullaire avant d'être constatées dans le cerveau; d'autres cas, au contraire, cette lésion existe d'abord dans le cerveau, et se propage peu à peu vers la moelle. Ce sont des faits anatomiques que M. Westphal et M. Magnan ont parfaitement établis, et qui n'étaient pas connus de nos devanciers. Il y a donc dans l'anatomie pathologique de la paralysie générale certains faits qui peuvent servir de point de repère et qui permettent d'affirmer que cette maladie est une maladie spéciale, qui a des caractères anatomiques qui lui sont propres, de même qu'elle a des caractères symptomatiques, des caractères de marche, des caractères étiologiques spéciaux. C'est donc une maladie spéciale qui repose sur un ensemble de phénomènes constants.

Ceci nous amène à parler du diagnostic différentiel. Le diagnostic différentiel est une partie très-essentielle dans l'étude de la paralysie générale. C'est pour l'avoir négligé qu'on a confondu jusqu'à nos jours des maladies extrêmement diverses sous le même nom vague de paralysie générale. Il suffit qu'une maladie se présente avec une paralysie plus ou moins généralisée et avec un degré quelconque de démence

pour que, tout de suite, on le dise atteint de paralysie générale des aliénés. Eh bien! ces deux symptômes: paralysie généralisée et démence ne suffisent pas pour caractériser la maladie. Il y a des affections chroniques du cerveau ou de la moelle, ou même de la substance nerveuse périphérique, qui peuvent donner lieu à de pareils symptômes, et qui ne sont pas la paralysie générale des aliénés. C'est pour avoir confondu ces différentes maladies, qu'on a établi dans la science ces descriptions informes qui existent aujourd'hui dans beaucoup d'ouvrages, où la paralysie générale est décrite avec des caractères tellement vagues qu'il est impossible de la reconnaître. Ceci tient à ce qu'on a englobé sous le même nom des faits très-différents. Le diagnostic différentiel est donc essentiel. Pour bien établir ce diagnostic il faut d'abord bien préciser les caractères de la paralysie comme je vous l'ai déjà dit; dans la paralysie générale le fait que l'on observe, le fait dominant, ce n'est pas une véritable paralysie; c'est un état d'ataxie, d'incoordination des mou=vements. Le phénomène musculaire, ce symptôme se rapproche plus de la chorée, du tremblement et des mouvements irréguliers de l'ataxie que de la paralysie proprement dite. Mais la paralysie générale est un mot très-mal choisi parce qu'il donne une idée très-fausse de la nature du symptôme principal.

 Il y a incoordination dans les mouvements; il y a irrégularité, absence de précision dans les mouvements, beaucoup plus que paralysie vraie. C'est un fait très important pour le diagnostic différentiel. Cette paralysie est générale; mais elle est générale dès le début. Elle n'est pas progressive en étendue, mais en intensité. Ce n'est pas comme dans les maladies de la moelle où la paralysie commence par les extrémités inférieures, et remonte peu à peu jusqu'à la tête; dans la paralysie générale des aliénés, l'imprécision des mouvements se produit aussi bien dans les membres supérieurs que dans les membres inférieurs et dans les muscles de la langue ou de la face. C'est une paralysie qui est généralisée et qui pourtant est incomplète; c'est une paralysie générale et incomplète, et incomplète jusqu'à la fin, car les mêmes malades qui ne peuvent pas marcher, qui restent au lit, assis sur un fauteuil, peuvent encore remuer les bras et les jambes, et peu de jours avant leur mort, les paralytiques ne sont pas complètement paralysés; les paralytiques aliénés n'ont jamais une paralysie complète, comme dans d'autres affections médullaires ou cérébrales; ils peuvent encore remuer diverses parties du corps; la paralysie est toujours incomplète, même jusqu'à

la fin. De plus, il y a toujours de l'embarras dans la parole. L'embarras de la parole existe dès le début et à divers degrés; on peut le constater dans d'autres phases de la maladie. Cette maladie a donc des symptômes qui lui sont propres. De plus, il y a quelques phénomènes qui n'existent pas dans la paralysie générale, ou qui existent très-peu, et qui se rencontrent beaucoup dans d'autres affections du cerveau, par exemple, les lésions des sens, l'amaurose, la surdité, la perte de l'odorat; les lésions des sens sont un fait rare dans la paralysie générale, tandis qu'elles sont très-fréquentes dans les autres affections du cerveau. Dans les hémorragies cérébrales, dans les ramollissements, on observe souvent des troubles des sens, tandis que dans la paralysie générale des aliénés ces faits sont rares, exceptionnels. Il en est de même de l'hémiplégie. L'hémiplégie parfaitement caractérisée, complète, qui est dans beaucoup d'affections cérébrales est un fait rare dans la paralysie générale, et un fait temporaire quand il existe. Il y a des paralytiques généraux qui penchent tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt en avant, tantôt en arrière. Les phénomènes paralytiques varient; qui ont une hémiplégie incomplète à la suite d'attaques; mais ces phénomènes varient; ils n'ont pas la constance et

 l'intensité qu'ils présentent dans les autres affections cérébrales. Il en est de même des phénomènes de la sensibilité: l'hypéresthésie, l'anesthésie, très-intenses d'autres affections du cerveau et du système nerveux sont très-peu marquées dans la paralysie générale, il y a très-peu d'anesthésie ou d'hypéresthésie, ou les phénomènes sont temporaires, ils n'ont pas d'intensité, et ils ne sont pas caractéristiques comme dans les autres affections du cerveau ou du système nerveux.

Indépendamment de ces caractères généraux, il faut passer en revue rapidement la plupart des maladies qui peuvent se confondre avec la paralysie générale. Et d'abord, les maladies cérébrales : l'hémorragie cérébrale, par exemple. Vous savez que dans l'apoplexie il y a une attaque subite précédée de quelques prodromes récents, que cette attaque subite est suivie presque toujours d'une hémiplégie d'abord complète pour tous les côtés du corps frappé, qui va en diminuant très-lentement, qui diminue plutôt dans la jambe que dans le bras, et qui persiste presque toujours jusqu'à une nouvelle attaque. Voilà le caractère tout-à-fait spécial de l'apoplexie qui ne se rencontre pas dans la paralysie. De plus, dans la paralysie générale, l'intelligence peut ne pas être détruite, il y a beaucoup d'apoplectiques qui conservent leur

intelligence, ou bien, lorsqu'ils perdent la mémoire des mots, de certains noms, ils ne perdent pas l'intelligence tout entière. L'altération des facultés est toute différente de celle qui existe dans la paralysie générale. Il en est de même du ramollissement du cerveau. Dans le ramollissement du cerveau vous avez plusieurs poussées congestives, vous avez des attaques successives; mais l'intelligence baisse de niveau. Le malade a de la démence, il a des symptômes paralytiques très-nombreux, il a de la céphalalgie, des vomissements, des phénomènes hémiplégiques; il a une démence très-avancée; il a des symptômes qui sont tout différents de ceux de la paralysie générale.

Pour les tumeurs cérébrales, c'est encore plus frappant, la différence est encore plus saillante. L'hémiplégie est ordinairement intense, il a des attaques épileptiques qui surviennent de temps en temps avec céphalalgie très-prononcée et avec des intervalles dans lesquels le malade jouit de la plupart de ses facultés; il n'y a pas de comparaison possible avec la paralysie des aliénés comme nous les observons dans les asiles d'aliénés. Les confusions sont encore moins possibles avec les maladies de la moelle, et cependant, elles ont eu lieu assez souvent. Il y a des malades atteints de maladie de la moelle, surtout de paralysie générale ascendante, qui ont été considérés comme

atteints de paralysie générale des aliénés ; mais dans ce cas, cela débute par les parties inférieures, par la paraplégie et l'incontinence d'urines, et la maladie remonte vers le tronc et vers le cerveau. Ce n'est que dans les dernières phases de la maladie, qu'il survient de la démence ou du trouble des nerfs sensoriaux, des nerfs craniens. Il n'y a donc pas de confusion possible. La confusion n'est possible que pour ces cas rares dont je vous ai parlé, où la paralysie générale des aliénés débute par une forme médullaire. A cette première période la confusion est possible ; mais plus tard, le diagnostic s'établit naturellement par des phénomènes cérébraux, par des troubles particuliers de l'intelligence, par l'apparition des idées de grandeur ou par les délires spéciaux ou par la marche ultérieure de la paralysie générale. Les confusions les plus faciles à faire sont celles qui portent sur les diverses intoxications. On a étudié depuis une trentaine d'années cer=taines intoxications qui ressemblent à la paralysie générale progressive. Les intoxications par le mercure, l'arsenic, le plomb, le sulfure de carbone et d'autres substances, présentent, en effet, beaucoup d'analogie avec la première période de la paralysie générale, dans laquelle dominent surtout les phénomènes paralytiques. Ces diverses intoxications donnent

lieu à un tremblement général incomplet, quelquefois à de l'embarras de la parole; il a quelques phénomènes d'hypé=resthésie et d'anesthésie passagers, et il y a un affaiblissement du cerveau qui peuvent être pris pour la paralysie générale, on comprend qu'il ait pu y avoir quelques confusions; mais les symptômes que je vous ai indiqués servent au diagnostic différentiel. Il y a en effet un tremblement plus intense que dans la paralysie générale; l'embarras de la parole n'existe pas toujours; il y a souvent de l'hémiplégie, il y a des lésions des sens; il y a anesthésie ou hypéresthésie plus prononcée; par l'ensemble des faits physiques et moraux, on peut arriver assez facilement au diagnostic différentiel. Ce qui est plus difficile, c'est de distinguer certains cas d'alcoolisme chronique d'autres cas de paralysie générale. Ici, le diagnostic est très-difficile, et dans quelques cas, il faut souvent un temps assez prolongé pour établir la distinction. Quelques auteurs même ont établi la confusion entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale. Pour certains auteurs, cette maladie peut différer au début par sa cause, par sa marche; mais elle aboutit en définitive au même résultat, c'est-à-dire à la paralysie générale et à la démence. C'est un fait encore douteux dans l'état de la science de savoir si l'alcoolisme chronique diffère en tout cas de la paralysie

 générale, mais l'anatomie, l'étude des lésions anatomiques prouve, indépendamment des symptômes, qu'il y a une dif:
:férence fondamentale, car les lésions trouvées dans le cerveau des alcooliques chroniques ne ressemblent pas aux lésions habituelles de la paralysie générale. Il y a là des différences assez notables, qui ont été très-bien étudiées également, en particulier par M. Magnan.

La confusion a été faite également entre la para:
:lysie générale et certaines maladies nouvellement étudiées, comme l'atrophie musculaire progressive, l'ataxie locomotrice et d'autres affections générales périphériques. M. Duchenne, de Boulogne, qui a bien étudié cette maladie, dans des mémoires a établi quelques caractères différents; mais dans d'autres cas, il a admis la confusion. Ainsi, il admet la paralysie générale spinale, qui se rapprocherait sous beaucoup de rapports de la paralysie générale des aliénés; mais pour lui le caractère pathognomonique réside dans la contractilité électrique qui, dans la paralysie générale des aliénés est conservée, tandis qu'elle serait détruite pour les autres paralysies spinales. Indépendamment de ces caractères, il y a d'autres distinctions que la clinique indique très-clairement. Ces deux maladies n'ont pas la même marche, ni le même ensemble de symptômes.

quand on a étudié la paralysie générale dans les asiles d'aliénés, il est impossible de faire cette confusion, soit avec l'a=trophie musculaire, soit avec l'ataxie locomotrice, soit avec la paralysie spinale de M. Duchenne. Ces maladies sont différentes de la paralysie générale des aliénés, telle que nous la connaissons; il y a quelques symptômes communs, mais au fond les deux maladies diffèrent essentiellement, et elles diffèrent également au point de vue des lésions, et les symp=tômes correspondent parfaitement aux différences des lésions. C'est donc une chose très-essentielle, pour l'étude de la paralysie générale, de bien établir le diagnostic différentiel, et on ne peut arriver à la description vraie, clinique, de la paralysie générale, qu'à la condition d'éliminer avec soin tous les faits qui ont été à tort confondus avec elle. On a fait une description qui est un véritable caput mortuum, dans lequel on a réuni les faits les plus divers, et ce n'est qu'en éliminant tous les faits différents qu'on peut arriver à une description type et à mettre les symptômes observés pendant la vie en rapport avec les lésions trouvées après la mort. Ceux qui ont déclaré que l'autopsie n'apprenait rien dans la paralysie générale que les paralytiques aliénés donnaient les lésions les plus différentes n'avaient pas commencé par établir le diagnostic

734. différentiel, et c'est pour n'avoir pas établi la différence entre les faits, qu'ils sont arrivés à les confondre après la mort. Quand on opère ce départ de tous les cas analogues qui sont confondus avec la paralysie générale, on arrive au contraire à des lésions presque toujours les mêmes. L'anatomie pathologique sérieuse repose donc d'abord sur diagnostic différentiel préalable; ce n'est qu'à la condition d'avoir fait dans les faits la séparation nécessaire pendant la vie qu'on peut trouver des lésions identiques après la mort.

Le pronostic de la paralysie générale est toujours grave; c'est une maladie qui est regardée comme incurable, au moins d'une manière générale. Cependant, depuis les travaux de M. Baillarger, on admet qu'il y a certains cas où la guérison peut survenir, ou, du moins, une guérison apparente, et on cherche même à la provoquer par des moyens thérapeutiques ou par des moyens analogues à ceux que la nature emploie dans ces cas. M. Baillarger a attiré l'attention, avec raison, sur certaines guérisons spontanées de la paralysie générale à la suite de grandes suppurations, à la suite d'escharres, à la suite de furoncles, d'accidents intenses, même d'accidents traumatiques; il a collectionné un grand nombre d'observations, à la suite desquelles les paralytiques généraux ont paru

entrer dans une voie de guérison. M. Baillarger a non-seulement attiré l'attention sur ce sujet dans ses ouvrages, mais il a même introduit cette question comme question de prix, prix Civrieux, à l'académie de médecine, sous ce titre de la curabilité de la paralysie générale dans son début, et des moyens de la favoriser. C'est une question qui a un grand intérêt au point de vue clinique. C'est pourquoi je vous la signale. Quoi qu'il en soit, le pronostic de la maladie est très-grave dans la plupart des cas, sinon dans tous, cette maladie marche presque fatalement vers la démence, l'incurabilité et la mort. La thérapeutique n'a donc qu'une action bien restreinte dans une maladie de cette espèce. Cependant, on a employé beaucoup de moyens, soit contre cette maladie elle-même, soit contre certains de ses symptômes. Autrefois, du temps de Broussais, Bayle, Calmeil, de la méthode physiologique, la saignée était en honneur; mais on y a renoncé; on admet que la saignée est plutôt nuisible qu'utile même; elle provoque une congestion séreuse à la place d'une congestion sanguine, et on observe que le malade marche plus rapidement vers l'aggravation de la maladie. Il n'en est pas de même des purgatifs et des révulsifs qu'on continue à employer; les cautères à la nuque, les sétons, les moxas, tous les

-rivatifs, même le tartre stibié en friction sur la tête ou sur le cou ; tous les moyens ont été employés, et dans quelques cas, on a noté un arrêt dans la marche de la maladie ou une suspension. Cependant, en général, quand on applique ces moyens, on n'obtient aucun résultat certain. Il est difficile de savoir si l'arrêt dans la marche de la maladie, qui est très-inégale, est dû à l'évolution naturelle de la maladie, ou à l'action du remède ; mais il en est de cela comme d'autres maladies ; il ne faut pas se décourager, et il faut employer certains moyens pour tâcher de ralentir la marche presque fatale de cette affection. Lorsque la maladie est plus avancée, on emploie souvent des moyens narcotiques, ou d'autres, pour calmer l'excitation, la digitale, la morphine, l'opium, le bromure de potassium, comme je le disais tout à l'heure ; ces moyens sont utiles pour calmer certains symptômes et pour apaiser certaines excitations. Le bromure de potassium, comme je le disais, a surtout une action importante dans ces cas d'action violente automatique de la paralysie générale. On a employé dans les mêmes cas la digitale qui a donné de bons résultats, en modérant l'action de la circulation du cœur et de la circulation cérébrale. Mais, indépendamment de ces moyens qui sont généralement employés,

il y a quelques moyens spéciaux. On a conseillé l'iodure de potassium comme moyen spécial, et le bromure de potassium également à très-haute dose, non pas comme calmant, mais comme agissant directement sur la maladie elle-même, dans les cas où la maladie a une origine syphilitique. On a insisté sur l'iodure de potassium à très-haute dose, et dans quelques cas, on paraît avoir obtenu des résultats favorables; mais ces cas sont rares, et en général, on a employé l'iodure de potassium sans succès.

Il y a quelques moyens employés également contre les congestions, contre les accidents, les complications de la paralysie générale; dans les attaques convulsives et congestives, on a recours à la saignée, aux sangsues, aux révulsifs; mais dans la plupart des cas, ces accidents disparaissent d'eux-mêmes. Il est toujours bon de les combattre; mais, même quand on ne les combat pas dans la plupart des cas, le malade revient momentanément à une période quelquefois meilleure après la congestion qu'auparavant. Les congestions sont quelquefois d'une violente intensité, à tel point que les malades paraissent morts. On les laisse dans le lit; on croit qu'ils sont à l'agonie, on croit qu'ils n'ont pas une heure à vivre, quelquefois même on les a crûs morts, et au bout de peu de temps, ils se

 réveillent ; ils se remettent à marcher, et le lendemain, on les retrouve au physique non-seulement aussi bien, mais quelquefois mieux qu'avant l'attaque. Il y a sous ce rapport des phénomènes qu'on retrouve dans la marche de la paralysie générale au point de vue des attaques con=
=vulsives ou congestives. Il est donc difficile de déterminer si les moyens thérapeutiques qu'on a employés, comme les sangsues, les révulsifs, les saignées, ont été la cause de ces améliorations, puisque, dans les cas où on n'a pas employé ces moyens, la maladie a suivi la même marche, et l'attaque a guéri très-rapidement. La thérapeutique est donc jusqu'à présent peu efficace contre la paralysie générale ; cependant, il faut faire les réserves que je faisais tout à l'heure, qu'il serait possible que, dans la première période, dès le début, on put arriver à la curabilité de la maladie ; il ne faut pas désespérer d'une manière absolue, et il est certain qu'en imitant les procédés de la nature, on pourrait peut être arriver à la guérison, du moins pendant un temps très-prolongé, de même que dans la phthisie, on obtient la cica=
=trisation des cavernes, des tubercules, de même, dans le cerveau, on pourrait amener un arrêt de la lésion cérébrale. Ceci est d'autant plus admissible que cette lésion est souvent

peu intense et peu étendue dans la première période de la maladie. Cela est évident quand on fait l'autopsie dans la première période de la maladie. On comprendrait qu'il y ait donc suspension dans le travail pathologique, une cicatrisation des parties déjà atteintes; on comprendrait que les portions de substances cérébrales qui existent en grand nombre puissent suppléer les portions peu nombreuses qui ont été atteintes par la maladie. Il ne faut donc pas désespérer, ni au point de vue de la clinique, ni au point de vue du travail (anatomique) de la maladie, quoique aujourd'hui cette maladie semble incurable. Ce serait donc un beau sujet que celui du prix de l'académie de médecine, de l'étude des cas où la maladie se suspend par elle-même, et des moyens de curation qu'on pourrait trouver en cherchant à imiter les procédés de la nature.

Je terminerai ici, Messieurs, l'étude de la paralysie générale. J'ai été obligé de la faire trop rapidement, parce que le temps me presse; mais j'ai tenu surtout à vous montrer qu'elle était bien une maladie spéciale, distincte des autres formes de folie, qu'elle était caractérisée par un ensemble de phénomènes physiques et moraux, par des lésions spéciales, par une étiologie spéciale, par une marche particulière. C'est donc une forme de maladie mentale qui ne doit pas être

 confondue avec les maladies du cerveau, ni avec les autres maladies mentales qui doit être étudiée cliniquement. Ce n'est là qu'un spécimen très-complet que nous a donné l'étude de la science moderne qui doit nous encourager au point de vue clinique dans l'étude de cette maladie. Ceci nous prouve qu'il doit exister d'autres formes pathologiques également distinctes, et que nous devons pousser nos études dans ce sens, et qu'au lieu de nous borner à la classification actuelle qui est provisoire, temporaire, basée sur des formes extérieures, apparentes, secondaires, nous devons chercher l'étude de formes naturelles, de formes distinctes ayant leurs symptômes, leur marche, et pouvant être séparées en maladies spéciales. C'est là le champ du progrès de la science et de la médecine mentale en particulier.

Je terminerai ici le cours de cette année. J'espère cependant que, pendant l'été, des circonstances pourront me permettre de faire un cours clinique à Bicêtre ; je ne puis pas l'affirmer, mais enfin, je crois qu'il serait très-utile de compléter l'enseignement théorique par un enseigne=ment pratique sur les malades. Dans la pathologie mentale surtout, il serait indispensable de voir les aliénés, de les voir pratiquement, pour pouvoir comprendre le sens

des leçons théoriques.

(Applaudissements).

Exposé synoptique :

Leçons.	Pages.	Dates.	Observations.
1ère	1ère	14 Novembre 1876.	
2e	41e	18 Novembre 1876.	
3e	85e	21 Novembre 1876.	
4e		25 Novembre 1876.	}
5e		28 Novembre 1876.	}
6e	119e	2 Décembre 1876.	
7e	153e	5 Décembre 1876.	
8e	183e	9 Décembre 1876.	
9e	221e	12 Décembre 1876.	
10e	249e	16 Décembre 1876.	
11e	291e	19 Décembre 1876.	

Leçons.	Pages.	Dates.	Observations.
12e	329e	23 Décembre 1876.	
13e	349e	26 Décembre 1876.	
14e	361e	6 Janvier 1877.	
15e	397e	9 Janvier 1877.	
16e	443e	13 Janvier 1877.	
17e	485e	16 Janvier 1877.	
18e	529e	20 Janvier 1877.	
19e	573e	23 Janvier 1877.	
20e	615e	27 Janvier 1877.	
21e	655e	30 Janvier 1877.	
22e	699e	3 Février 1877.	





